

Proposition d'un modèle régional d'organisation de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale

par

Le Centre de réadaptation Domrémy Mauricie Centre-du-Québec

Rédigé par

Jean-Marc Ménard
Coordonnateur des services professionnels

Août 2001

Remerciements

Nous souhaitons en tout premier lieu exprimer notre gratitude envers l'ensemble des membres du comité conjoint Domrémy MCQ – CHCM qui ont guidé, par leurs questionnements, commentaires et suggestions l'élaboration du présent modèle. Il s'agit de :

Mme Thérèse Bourque, CHCM
Mme France Brisson, CHCM
Mme Micheline Brousseau, CHCM
M. Marc Bugeaud, CHCM
M. Serge Filion, Domrémy MCQ
Mme Lise Gélinas, CHCM
M. Michel Gélinas, CHCM
Mme Johanne Isabelle, CHCM
Mme Jocelyne Lampron, CHCM
M. Yves Lapointe, CHCM
M. Michel Pellerin, Domrémy MCQ
Mme Lucie Rousseau, CHCM
Dre Élise St-André, CHCM
Mme Diane Vézina, CHCM

L'auteur adresse également ses remerciements à **M. Michel Landry**, **Mme Céline Mercier** et **Mme Louise Nadeau**, chercheurs au RISQ, pour leurs commentaires et encouragements. Il remercie aussi le **Dr. Jean-Marc Pépin**, **M. Jean-Pierre Gagnon** et le comité exécutif du conseil multidisciplinaire de Domrémy MCQ, pour le temps qu'ils ont consacré à la révision du texte final.

Table des matières

1. INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

Depuis plusieurs années, les intervenants oeuvrant en santé mentale et en toxicomanie s'entendent pour dire qu'une proportion importante de leur clientèle présente une double problématique toxicomanie - troubles mentaux. Plusieurs de ces intervenants ont souligné les difficultés reliées au traitement de cette double problématique. Les services existants ne sont pas toujours adaptés, traitant seulement l'un ou l'autre trouble. La cohésion entre les systèmes de traitement est souvent difficile à atteindre. Les intervenants ne possèdent pas toujours les outils, les stratégies ou les connaissances nécessaires pour aborder les deux troubles. Cette clientèle présente habituellement un niveau de désorganisation plus important et souvent récurrent, une plus faible persistance en traitement, une utilisation plus marquée des services d'urgence, sans jamais s'engager dans une démarche de changements marqués et durables. Bref, les efforts déployés ont souvent peu d'impact.

Dans le but de pallier à ces difficultés, la régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec adoptait en novembre 1999, dans le cadre des orientations régionales en santé mentale, l'objectif de développer des programmes spécialisés de traitement intégré de prise en charge de la clientèle double problématique «toxicomanie et problèmes de santé mentale », depuis le dépistage jusqu'au suivi dans le milieu. Dans cette foulée, elle confiait au centre de réadaptation Domrémy MCQ le mandat de définir et d'élaborer en lien étroit avec les partenaires concernés, un modèle d'organisation de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et troubles mentaux.

Pour réaliser son mandat, Domrémy MCQ s'est fixé comme premier objectif l'élaboration d'une proposition de modèle à soumettre à l'ensemble des partenaires concernés par cette double problématique. Cette proposition servirait de base d'échanges, sur chacun des territoires de notre région, dans le but de la valider, de la bonifier ou de l'adapter aux particularités des différents territoires. Pour élaborer cette proposition, nous nous sommes largement inspirés de la documentation scientifique publiée sur le sujet. Notre intérêt s'est centré prioritairement sur les études de prévalence de la double problématique toxicomanie – troubles mentaux, sur les différentes hypothèses associées à leur coexistence, sur l'impact de cette coexistence au niveau du fonctionnement général de la personne et du pronostic, sur les problèmes et défis que représente cette clientèle pour les organisations offrant des services en santé mentale et/ou en toxicomanie, et sur les voies à privilégier lorsqu'on souhaite adapter nos services aux besoins de cette clientèle.

Afin de s'assurer que notre proposition de modèle réponde à notre réalité régionale et aux besoins de ses intervenants, nous nous sommes adjoints un comité de travail pour valider nos travaux au fil de leur développement. Ce comité, mis sur pied conjointement par Domrémy MCQ et le CHCM était composé essentiellement d'intervenants (psychoéducateur, psychologue, travailleur social, infirmière, psychiatre, etc.) rattachés à des programmes variés (département de psychiatrie - longue durée et courte durée, unité médico-légale, salle d'urgence, clinique psychiatrique externe, équipes de suivi intensif, réadaptation en toxicomanie, etc.). Ce comité a permis non seulement de valider la concordance entre les constats de la littérature et la réalité de notre région, mais aussi de maintenir une préoccupation continue tout au long de l'élaboration du modèle, pour l'intégration d'outils et de stratégies d'interventions concrètes, adaptés à cette clientèle.

Le présent document fait état de ces différents travaux. En résumé, il présente une synthèse des constats de la littérature et propose un modèle d'organisation de services adaptés aux besoins de la clientèle présentant une double problématique toxicomanie – troubles mentaux. Finalement, il aborde les différentes modalités d'actualisation de ce modèle. La section qui suit se limite à la synthèse des constats que l'on retrouve dans la littérature. Vous trouverez à l'annexe 1 un texte plus étayé sur ces mêmes travaux, de même que certains indicateurs de la prévalence de cette double problématique dans notre région.

2. UNE SYNTHÈSE DES CONSTATS DE LA LITTÉRATURE :

Le concept de comorbidité toxicomanie – trouble mental repose sur l'existence simultanée de deux troubles; un trouble relié à l'utilisation de substances psychoactives d'une part et un trouble mental à l'axe I ou II du DSM-IV d'autre part.

De façon générale, on observe un taux élevé de symptômes psychiatriques chez les personnes présentant un problème de consommation et l'inverse est aussi vrai pour les personnes aux prises avec un trouble mental. Mercier & Beaucage (1997) rapportent qu'entre 33 et 50% de la clientèle psychiatrique présentant des troubles sévères et persistants aurait aussi eu un problème de consommation dans leur vie.

Quatre hypothèses principales sont rapportées dans la littérature pour expliquer pourquoi certaines personnes présentent une telle panoplie de symptômes:

a) Le problème de consommation est une conséquence du trouble mental primaire
b) Les symptômes psychiatriques sont induits par un problème de consommation primaire
c) Le problème de consommation et le trouble mental sont initialement indépendants
d) Le problème de consommation et le trouble mental partagent une étiologie ou des facteurs de risque communs.

Malgré les différentes voies de réflexion et d'intervention qu'offrent les hypothèses reliées à l'étiologie de cette comorbidité, plusieurs chercheurs et cliniciens constatent que son dépistage, son évaluation et son traitement posent problèmes pour quatre grandes raisons étroitement liées entre elles :

a) Une complexité inhérente au phénomène de la comorbidité
b) Un plus grand risque d'erreurs au niveau du diagnostic et de l'orientation du traitement
c) Un plus grand risque d'incohérences entre les traitements utilisés
d) Une difficulté marquée à maintenir ces personnes en traitement.

Des recommandations en lien avec ces problèmes ont été formulées dans la littérature afin d'améliorer notre approche auprès de ces personnes.

2.1 Les recommandations quant au dépistage et à l'évaluation de la comorbidité

Il est recommandé :

- Qu'on évalue de façon systématique la possibilité que les clients dans les services présentent des symptômes associés à un trouble mental ou un problème de consommation.
- Qu'on gère prioritairement la stabilisation de l'individu à travers le traitement des symptômes psychotiques aigus, des symptômes d'intoxication ou de sevrage.
- Qu'on évite de déterminer prématurément lequel des deux troubles est primaire
- Qu'on demeure attentif à tout symptôme persistant au-delà du sevrage.
- Qu'on oriente la personne, une fois stabilisée, vers le type de services le plus approprié à sa condition.

Ces recommandations impliquent nécessairement que l'ensemble des cliniciens concernés :

- Possèdent les connaissances et les outils nécessaires au dépistage adéquat des symptômes propres aux problèmes de consommation et aux troubles mentaux.
- Possèdent la connaissance des conditions requérant prioritairement une stabilisation.
- Aient accès à des services de stabilisation connus et adaptés aux individus présentant des symptômes psychotiques aigus, des symptômes d'intoxication ou de sevrage importants.
- Possèdent les habiletés pour effectuer le monitoring de l'évolution des symptômes en cours de stabilisation ou après, dans le but de participer au processus diagnostique de la comorbidité.
- Connaissent l'orientation du traitement à privilégier en fonction du type de comorbidité diagnostiqué.

2.2 Les recommandations quant au traitement de la comorbidité :

Il est recommandé :

- Qu'un travail d'intégration des principes de traitement en santé mentale et en toxicomanie soit réalisé, dans le but d'en arriver à un modèle d'intervention cohérent, adapté aux personnes présentant une comorbidité toxicomanie – troubles mentaux.
- Qu'on aborde les deux troubles simultanément plutôt que séquentiellement, à travers les phases de stabilisation et de réadaptation. Le traitement d'une condition ne devrait pas être pré-requis au traitement de l'autre condition, bien que la stabilisation doive précéder la réadaptation.
- Qu'une coordination des services, qu'ils soient parallèles ou intégrés, soit assurée par l'un des cliniciens impliqués auprès de la personne. Cette responsabilité peut être transférée une fois le diagnostic et l'orientation précisés, en utilisant les mécanismes appropriés de liaison, d'accompagnement et de relances systématiques.
- Que l'intervention soit adaptée pour chaque individu, en fonction de la sévérité de ses problèmes, de son niveau d'inadaptation et de sa motivation à recevoir de l'aide pour chacun de ses problèmes, parce qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement type pour la comorbidité toxicomanie – troubles mentaux.

- Qu'on privilégie des services intégrés plutôt que parallèles, en fonction de la gravité des problèmes de santé mentale. À cet effet, trois grandes orientations sont suggérées :

  i. Que les personnes présentant un problème de consommation et un trouble mental sévère et persistant bénéficient de traitements intégrés auprès des services de traitement spécialisé en santé mentale.
  ii. Que les personnes présentant un problème de consommation et un trouble de personnalité à l'axe II du DSM-IV, une fois leurs symptômes aigus stabilisés (état psychotique transitoire, crise suicidaire, etc.), reçoivent des services intégrés pour leur comorbidité auprès des services spécialisés de réadaptation en toxicomanie.
  iii. Et que les personnes présentant un problème de consommation et un trouble mental moins sévère ou transitoire à l'axe I du DSM-IV utilisent des services parallèles en toxicomanie et en santé mentale ou auprès de leur médecin traitant, pourvu qu'une concertation efficace soit assurée entre ces services.

  *** Ces orientations ne rendent pas compte des zones grises fréquemment observées entre les troubles transitoires, les troubles de personnalité et les troubles sévères et persistants. Parce que les troubles de personnalité fournissent un terrain fertile à l'émergence et à la persistance de troubles à l'axe I, certaines personnes qui présentent de tels troubles manifestent une symptomatologie et un niveau de désorganisation chroniques commandant l'implication au long cours des services psychiatriques. Lorsque ces personnes sont aux prises avec un problème de consommation, on doit favoriser des services intégrés auprès des services en santé mentale.

- Qu'on limite les objectifs du traitement durant les hospitalisations à la stabilisation et/ou à la désintoxication, à l'évaluation diagnostique de la comorbidité, au développement d'un engagement chez le patient à poursuive sa démarche au niveau des services ambulatoires à long terme, compte tenu des impacts mitigés et des coûts importants rattachés à l'utilisation de l'hospitalisation.
- Qu'on adopte, pour favoriser le maintien des personnes en traitement, les quatre mesures suivantes :

  1) une perspective de réduction des méfaits à travers l'individualisation des objectifs visés.
  2) une modulation des interventions en fonction de l'étape de changement où se situe la personne
  3) des composantes critiques telles que l'intervention dans le milieu (outreach) et l'entrevue motivationelle.
  4) Le support de la famille ou de l'entourage et leur implication au niveau du traitement.

3. PROPOSITION D'UN MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES

Les constats faits par les experts dans le domaine de la double problématique santé mentale toxicomanie traduisent bien du point de vue des membres du comité de travail CHCM – Domrémy MCQ les difficultés rencontrées par les intervenants sur le terrain. Notre proposition d'un modèle d'organisation des services pour notre région sociosanitaire s'inspire donc

largement des recommandations que l'on retrouve dans la littérature, tout en demeurant fidèle et conforme aux nouvelles orientations régionales en santé mentale (novembre 1999) et en alcoolisme et toxicomanie (juin 1999).

3.1 Les objectifs du modèle d'organisation de services :

Le modèle d'organisation de services proposé pour répondre aux besoins des personnes présentant une double problématique toxicomanie – troubles mentaux vise à améliorer l'offre de services auprès de cette clientèle en adoptant une philosophie d'intervention commune, adaptée aux différents types de clientèles, dans le but de réduire les méfaits associés à leur consommation et de favoriser une adhésion graduelle de leur part à des changements durables au niveau de leurs habitudes de consommation. De façon plus spécifique, les objectifs du modèle sont les suivants :

- Dépister de façon systématique les problèmes de consommation, les problèmes de santé mentale et le niveau d'engagement de la clientèle face à une démarche de changement.
- Orienter de façon spécifique la clientèle vers les services appropriés en tenant compte du type de comorbidité qu'elle présente ainsi que du niveau de stabilisation et de réadaptation qu'elle requiert.
- Traiter simultanément les problèmes de santé mentale et les problèmes de consommation.
- Pour les clients aux prises avec un problème de consommation, offrir des services intégrés à ceux présentant un trouble mental sévère et persistant ou un trouble de personnalité, et des services parallèles à ceux présentant des troubles mentaux transitoires.
- Adapter les plans de traitement à chaque individu en tenant compte de la nature et de la sévérité de ses problèmes, de sa motivation à recevoir de l'aide pour chacun de ses problèmes et de la probabilité qu'il puisse adhérer au type de services offerts.
- Favoriser une progression de la clientèle dans les différentes étapes de changement et de traitement.
- Augmenter la persistance et l'observance de la clientèle au traitement.
- Impliquer et supporter l'entourage de la personne présentant une comorbidité toxicomanie – troubles mentaux.
- Coordonner de façon efficace les services parallèles ou intégrés en s'assurant, à chacune des étapes de la démarche, la présence d'un intervenant pivot qui actualisera les mécanismes de liaison, d'accompagnement et de relance systématique.

3.2 Les moyens à mettre en place :

3.2.1 <u>Le dépistage systématique de la comorbidité auprès des usagers:</u>

Tous les intervenants impliqués au niveau du suivi médical ou psychosocial de la clientèle aux prises avec une comorbidité toxicomanie – troubles mentaux doivent être familiers avec les modalités de dépistage des problèmes de consommation, des troubles mentaux et du niveau d'engagement de ces clients à entreprendre des changements. Nous pensons principalement ici aux intervenants oeuvrant dans les services et programmes suivants :

- Départements de psychiatrie – courte et longue durée

- Services psychiatriques ambulatoires
- Équipes de suivi intensif
- Équipes de base en santé mentale
- Équipes jeunesse intégrées
- Équipes impliquées au niveau du suivi des interventions en situation de crise
- Organismes communautaires en santé mentale qui offrent des activités d'accueil, d'évaluation, d'orientation, de soutien, d'écoute, d'entraide, de support, de répit et de dépannage.
- Programmes de traitement en toxicomanie (dépannage, transition, dégrisement, aide et soutien, réadaptation, réinsertion sociale)

Deux catégories d'outils sont proposées dans le domaine. L'une s'adressant plus spécifiquement aux personnes aux prises avec un trouble mental sévère et persistant, et l'autre s'adressant au reste de la population.

Des outils de dépistage des problèmes de consommation et du niveau d'engagement de la personne à entreprendre des changements, adaptés à la clientèle présentant des troubles mentaux sévères et persistants, ont été sélectionnés par le comité de travail. Il s'agit du Alcohol Use Scale (**AUS**), du Drug Use Scale (**DUS**) et du Substance Abuse Treatment Scale (**SATS**) développés par Drake, Mueser & McHugo en 1996 au New Hampshire-Darmouth Psychiatric Research Center et utilisés par plusieurs Centres hospitaliers au Québec. Ces outils sont simples à utiliser et requièrent une formation minimale sur les différents critères et conditions cliniques associés aux problèmes de consommation, sur les différentes sources d'information à explorer pour poser un jugement clinique et sur les conditions d'évaluation à respecter pour assurer la validité des données recueillies. Ils s'insèrent facilement dans un processus d'évaluation déjà établi et permettent aux intervenants de situer de façon standardisée le niveau de problème que leur client présente en regard de la consommation d'alcool ou de drogue ainsi que leur niveau d'engagement à entreprendre des changements face à leur consommation. Les deux premiers outils (AUS, DUS) permettent à la fois de dépister la présence de problèmes de consommation au cours des six derniers mois et d'évaluer en cours de traitement l'apparition de changement dans le style de consommation de la clientèle. Quant au SATS, il détermine le niveau d'engagement de la clientèle dans une démarche de changement au cours des six derniers mois, il oriente les intervenants vers les stratégies à privilégier pour favoriser l'émergence d'un engagement plus grand à entreprendre des changements et il permet d'évaluer dans le temps l'ampleur de cette progression vers des changements plus durables.

D'autres outils de dépistage de problèmes de consommation et d'évaluation de la motivation au changement, de type questionnaires auto-révélés, sont proposés par le comité pour soutenir la démarche de dépistage, d'orientation et d'adaptation des plans de traitement pour le reste de la population. Il s'agit du Short Alcohol Dependence Data (SADD – Davidson & Raistrick, 1986), du Severity of Dependance Scale (SDS-Gossup et al., 1995), de la grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents (CPA- Germain et al 2000) et du Readiness to Change Questionnaire (RCQ – Heather & Rollnick, 1993). Ces questionnaires, bien qu'ils aient été utilisés auprès de populations cliniques, s'adressent aussi à la population générale. Le SADD et le SDS ont été traduits et insérés dans un processus de dépistage/orientation (DÉBA – alcool et drogues) dans la région de Québec par Tremblay et ses collègues (1999) et

ont l'avantage de guider l'orientation de la clientèle en fonction de la fréquence et de la quantité des consommations. Ces questionnaires ont pour la majorité été traduits en français et ont été validés ou le seront prochainement.

L'utilisation systématique de ces grilles (voir annexe 2), par les différents partenaires impliqués, favorisera l'émergence d'une vision commune de la problématique de consommation, des niveaux d'engagement de la clientèle, des orientations à privilégier et des interventions requises pour favoriser leur progression vers des changements durables. Ce partage de repères communs contribuera fortement au développement d'une philosophie d'orientation et d'intervention cohérente et partagée, centrée sur le dépistage systématique des problèmes de comorbidité toxicomanie – santé mentale, l'orientation adéquate de ces personnes vers les services requis et l'adaptation des objectifs de traitement en fonction du niveau d'engagement des personnes à entreprendre des changements.

Le centre de réadaptation Domrémy MCQ entend pour sa part, poursuivre le dépistage systématique de premier niveau des problèmes de santé mentale parmi sa clientèle à partir de l'échelle psychologique de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT – Bergeron et al. 1992). D'autres outils seront intégrés à la pratique d'intervenants désignés (psychologues) à Domrémy MCQ pour documenter de façon plus spécifique la nature des problèmes de santé mentale des personnes en traitement afin de les orienter adéquatement et d'adapter leur plan de traitement en conséquence. Nous pensons principalement ici au Structured Clinical Interview for DSM-IV – I & II Clinical Version (SCID-I & II-CV – First et al.1996 & 1997). Finalement, des outils de dépistage des troubles mentaux devront être proposés à l'ensemble des partenaires oeuvrant au niveau du dépannage, de la transition, du dégrisement ou de la réinsertion sociale en toxicomanie (organismes communautaires, centres privés, etc.) pour s'assurer qu'ils puissent non seulement dépister la présence de troubles mentaux parmi leur clientèle mais aussi orienter ces personnes vers les services de traitement spécialisé requis. Un outil comme le Prime-MD de Spitzer et al. (1994) pourrait être envisagé.

3.2.2 La stabilisation de la condition physique et mentale des usagers :

Plusieurs des usagers aux prises avec une comorbidité toxicomanie – troubles mentaux, dépistés entre autre dans le cadre du modèle régional d'intervention en situation de crise, risquent de requérir prioritairement la mise en place de mesures visant la stabilisation de leur condition physique et mentale, avant leur orientation en réadaptation. Ces mesures s'adressent essentiellement aux conditions suivantes :

- Des états psychotiques aigus induits par une substance (lors d'une intoxication ou d'un sevrage)
- Des états psychotiques aigus associés à un trouble mental sévère décompensé
- Des symptômes de sevrage aigus associés à la consommation au long cours de certains psychotropes.
- Un état de crise ou de désorganisation psychologique qui met en danger la sécurité de la personne ou celle de son environnement.

La stabilisation de ces conditions peut, selon le type et la sévérité de la désorganisation, impliquer le recours à l'urgence médicale et/ou psychiatrique dans un premier temps et

l'hospitalisation de courte ou longue durée dans un deuxième et/ou troisième temps. L'ensemble de ces acteurs doivent assumer un certain nombre d'interventions qui accompagnent le processus de stabilisation :

- Ajuster la médication. À cet effet, certains principes pharmacologiques adaptés à cette clientèle sont présentés à l'annexe 3.
- Procéder au monitoring étroit de l'évolution des symptômes psychiatriques, au-delà du sevrage aigu
- Clarifier en autant que faire se peut le diagnostic de la comorbidité toxicomanie – trouble mental.
- Développer l'engagement de la personne à poursuivre sa démarche au-delà du processus de stabilisation. Différentes stratégies d'intervention propres aux quatre premières étapes du traitement (pré-engagement, engagement, début de persuasion et persuasion avancée) sont suggérées à l'annexe 3 (i.e. développement d'une alliance thérapeutique; adoption d'une attitude éducative plutôt que dissuasive en regard des psychotropes; exploration des aspirations de la personne et évaluation de l'impact de sa consommation sur la réalisation de ses aspirations, etc.) Selon le milieu de stabilisation, ces interventions peuvent se dérouler en suivi individuel et/ou de groupe.
- Orienter la personne vers le suivi indiqué (intégré ou parallèle) en fonction du type de comorbidité. Pour prévenir toute rupture de services, cette orientation doit se faire en utilisant les mécanismes appropriés de liaison, d'accompagnement et de relance systématique. Ce suivi de l'orientation est capital puisque le changement d'intervenant ou de milieu implique habituellement une régression momentanée à la phase de persuasion (Mueser, 2000). Le recours à des ressources d'hébergement intermédiaires comme la Maison de la Batiscan par exemple peut aussi être envisagé lorsque la post-stabilisation nécessite un encadrement plus soutenu afin de préserver les acquis fraîchement réalisés.

3.2.3 <u>L'orientation de la clientèle présentant un problème de consommation et un trouble mental sévère et persistant vers un suivi intégré auprès des services de traitement spécialisé en santé mentale.</u>

Les intervenants, responsables en équipe ou de façon individuelle du suivi intensif et non intensif de ces personnes dans la communauté assumeront le suivi simultané du trouble mental sévère et persistant et du problème de consommation. Pour ce faire, ils intégreront au cadre conceptuel actuel qui gouverne leur pratique, les mécanismes de dépistage systématique, les principes de réduction des méfaits et d'entrevue motivationelle afin de moduler leurs interventions au niveau d'engagement de leurs clients. Pour atteindre ces objectifs, ils assumeront les mandats suivants :

- Susciter des échanges avec leur client sur le thème de la consommation de psychotropes et des troubles mentaux. Selon l'étape de traitement de leurs clients, ces échanges seront très généraux (psychoéducation sur les troubles mentaux, la médication, les psychotropes et leur interaction avec la médication, etc.) ou très personnalisés (les expériences de consommation vécues, propres à cette personne, les impacts ressentis, la fonction de leur consommation, etc).

- Suivre attentivement, à l'occasion de ces échanges, la progression ou la régression de leurs clients au niveau de leur style de consommation et leur cheminement à travers les étapes de traitement.
- Intégrer à leur plan de traitement les stratégies d'intervention adaptées au niveau d'engagement de leurs clients pour favoriser leur progression à travers les huit étapes de traitement (pré-engagement, engagement, début de persuasion, persuasion avancée, début du traitement actif, traitement actif avancé, prévention de la rechute, rémission - voir annexe 4).
- Actualiser ces interventions dans le cadre d'un suivi individuel personnalisé.
- Encourager et supporter la participation de leurs clients à un groupe hebdomadaire d'éducation et de discussion sur l'alcool, les drogues et les médicaments. Cette activité de groupe est spécifiquement conçue pour les personnes présentant un trouble mental sévère et persistant et un problème de consommation. Elle vise plus spécifiquement les clients en phase d'engagement, en début de persuasion ou en persuasion avancée. Le groupe, à travers les thèmes abordés, la proscription de la confrontation directe et le haut niveau de tolérance face aux différences individuelles, fournit de multiples opportunités à la clientèle pour aborder de façon graduelle et non menaçante leur propre consommation de psychotropes, ses impacts positifs et négatifs sur leur trouble mental, sur leurs aspirations pour le futur, etc. Cette activité hebdomadaire vise à susciter chez les participants, l'émergence graduelle d'un désir de changement en regard de leurs habitudes de consommation (voir annexe 5)
- Développer et actualiser des interventions s'adressant à l'entourage de leur client, dans le but de les supporter et de les informer sur les caractéristiques de cette comorbidité. Ces interventions devraient aussi les instrumenter pour composer de façon efficace et aidante avec cette réalité, tout en les encourageant à utiliser le support offert par les groupes d'entraide pour les familles et les proches.

Domrémy MCQ entend pour sa part contribuer avec ses partenaires concernés, sur chacun des territoires qui le requiert, à la mise sur pieds d'un groupe hebdomadaire s'adressant spécifiquement à la clientèle présentant un problème de consommation et un trouble mental sévère et persistant. Ce groupe psychoéducatif vise à supporter et consolider les interventions réalisées dans le cadre du suivi individuel simultané des troubles mentaux sévères et persistants et du problème de consommation, réalisé par les intervenants en santé mentale.

À noter que la référence de cette clientèle auprès des services de Domrémy MCQ n'est pas exclue mais considérée peu profitable si les services de traitement en santé mentale ne demeurent pas directement impliqués au niveau du traitement du problème de consommation.

3.2.4 L'orientation de la clientèle présentant un problème de consommation et un trouble de personnalité vers un suivi intégré auprès des services spécialisés de réadaptation en toxicomanie

Les intervenants de Domrémy MCQ assumeront le suivi simultané du problème de consommation et du trouble de personnalité lorsque ce dernier n'implique pas un niveau de dangerosité associé à une symptomatologie et une désorganisation chroniques qui commande l'implication au long cours des services psychiatriques. Les nouvelles orientations régionales en santé mentale prévoient à cet effet le développement d'une programmation spécialisée

dans les cliniques psychiatriques externes s'adressant spécifiquement aux personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite. Le modèle d'organisation de services que nous proposons devra donc en tenir compte. Des critères d'orientation plus précis, en fonction de la gravité des symptômes, devront déterminer si l'ensemble ou une partie seulement de cette clientèle sera traitée dans les cliniques psychiatriques externes. Pour ceux qui le seront, des modalités s'adressant au problème de consommation devraient être élaborées et intégrées à ces programmes.

Pour les autres, le cadre d'intervention actuel de Domrémy prévoit déjà à l'intérieur des suivis de groupe ou individuels qu'il propose, un travail important sur :

- La réduction des méfaits associés à la consommation
- La stabilisation des situations de crises
- L'arrêt ou la diminution de la consommation
- Le développement de contrôles externes pour pallier aux contrôles internes déficients
- L'identification des impacts de la consommation sur le fonctionnement de la personne
- L'identification des fonctions défensives de la consommation et des stratégies d'adaptation alternatives
- Le développement d'une auto-critique face aux conduites dysfonctionnelles
- Le développement d'habiletés personnelles et interpersonnelles pour mieux réguler leurs affects et leurs pulsions.
- La prévention des rechutes

Ces cibles d'intervention, adaptées au niveau d'engagement de la personne à entreprendre des changements, sont toutes pertinentes lorsque l'on travaille auprès de ceux qui présentent un trouble de personnalité. Cette clientèle requiert cependant de notre part une attention plus soutenue aux niveaux suivants :

- Une intervention plus directive et responsabilisante vis-à-vis leurs conduites dysfonctionnelles
- Une gestion plus étroite du cadre d'intervention et de la relation thérapeutique
- Une plus grande vigilance quant à l'émergence d'autres troubles à l'axe I
- Une utilisation optimale des pressions extérieures qui les poussent à consulter
- Une concertation étroite entre les acteurs impliqués pour minimiser les manœuvres de clivage

Dans le but d'assurer un suivi plus étroit des modalités de traitement prévues pour cette clientèle, Domrémy MCQ entend désigner certains intervenants spécifiques (psychologues) qui assumeront la responsabilité des mesures suivantes:

- L'évaluation diagnostique de la clientèle dépistée
- L'intégration au plan de traitement des pistes d'intervention à privilégier selon les troubles identifiés
- Le recours au PSI lorsque la situation l'exige
- Le suivi d'un certain nombre de ces clients
- La supervision des autres intervenants responsables de l'actualisation du plan de traitement.

- Le maintien à jour d'un registre des clients inscrits dans les services, aux prises avec une comorbidité toxicomanie – trouble de personnalité, décrivant le trouble de personnalité, la nature et la sévérité de leur problème de consommation ainsi que leur niveau d'engagement face au traitement.
- La représentation de Domrémy MCQ aux tables de concertation des services en santé mentale.

L'entourage de cette clientèle aura accès, comme l'entourage de l'ensemble de la clientèle de Domrémy MCQ, aux services spécifiques pour collatéraux. Finalement, des rencontres formelles devront être planifiées localement ou régionalement entre les intervenants désignés de Domrémy MCQ, responsables de l'orientation du traitement de cette clientèle, et le personnel clinique des services en santé mentale pour échanger sur les cas particuliers qui requièrent la mise à contribution d'une expertise psychiatrique.

3.2.5 <u>L'orientation de la clientèle présentant un problème de consommation et un trouble mental transitoire vers un suivi parallèle et simultané en toxicomanie et en santé mentale</u>

Les personnes présentant des troubles mentaux transitoires en parallèle à un problème de consommation, une fois dépistées, requièrent des services adaptés à ces deux problèmes et à leur niveau d'engagement à entreprendre des changements. Les intervenants qui ont réalisés le dépistage des deux troubles (Domrémy MCQ, CH, CLSC, Organismes communautaires, etc.) ont le mandat d'orienter ces personnes vers des ressources qui répondront de façon adaptée à leurs besoins. Pour ce faire, les mesures suivantes sont préconisées :

- Tel que prévu dans les orientations régionales en santé mentale, l'évaluation, le suivi et le support des personnes aux prises avec un trouble mental transitoire ainsi que le support de leur entourage, seront en partie assumés par les CLSC, les CH, les médecins et les organismes communautaires en santé mentale du territoire.
- Ces partenaires utiliseront les questionnaires de dépistage DÉBA – alcool et drogues (Tremblay et al., 1999) pour orienter la clientèle vers le mode d'intervention adapté à la gravité de leurs problèmes de consommation. Le style de consommation de la personne requiert-il une intervention précoce assumée par l'intervenant qui a réalisé le dépistage, une discussion de cas avec un intervenant de Domrémy MCQ pour déterminer l'orientation souhaitable ou une orientation vers des services spécialisés de réadaptation en toxicomanie?

    - L'intervention précoce en regard de la consommation devrait porter sur :

        - La sensibilisation de la personne aux indicateurs témoignant de l'émergence d'un problème réel de consommation
        - L'encouragement de la personne à expérimenter de petits changements susceptibles de prévenir l'émergence d'un problème réel de consommation (consommation contrôlée, comportements alternatifs à la consommation, etc.)
        - L'éducation de la personne sur les interactions possibles entre son style de consommation et son trouble mental transitoire et les impacts de l'un sur l'évolution de l'autre.

- ♦ Les discussions de cas visent à déterminer l'orientation des personnes qui présentent un style de consommation se rapprochant d'un problème réel. Selon les composantes du questionnaire de dépistage qui ont contribué à l'augmentation de la gravité du problème de consommation et selon le trouble mental transitoire, une intervention précoce ou une orientation vers des services spécialisés de réadaptation en toxicomanie pourraient être envisagées.

- ♦ Lorsque la personne est orientée auprès des services spécialisés de réadaptation en toxicomanie, les mesures suivantes s'appliquent :

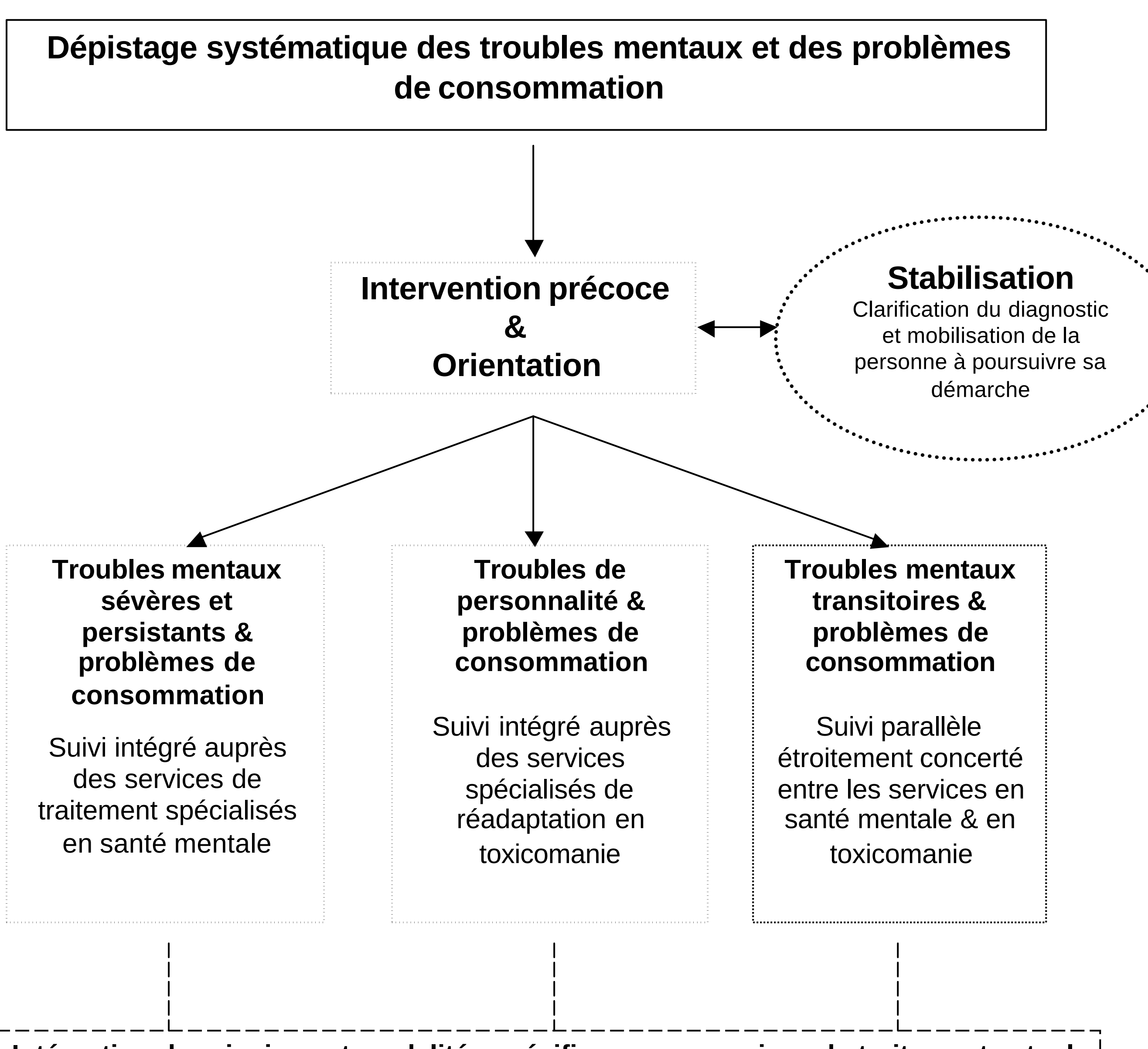
  - ➢ Un suivi concerté et parallèle du problème de consommation et du trouble mental transitoire est réalisé.
  - ➢ Le suivi du problème de consommation est adapté au niveau d'engagement de la personne à entreprendre des changements.
  - ➢ Le suivi concerté implique nécessairement que chacun des intervenants impliqués connaît le plan de traitement qui s'adresse à chacun des troubles.
  - ➢ Chacun des intervenants porte une attention particulière à la persistance et à l'observance du client aux deux plans de traitement (suivi psychosocial, suivi médical, respect des posologies, etc.).
  - ➢ Une attention particulière est aussi apportée au « monitoring » des symptômes en cours de traitement.
  - ➢ L'un et/ou l'autre des intervenants, selon ce qui est entendu, doit intégrer à son intervention l'exploration des liens entre le problème de consommation et le trouble mental transitoire dans le but d'étayer chez la personne une compréhension dynamique et nuancée de ses difficultés et cibler des pistes de solution susceptibles d'adresser simultanément les deux troubles.
  - ➢ L'entourage de cette clientèle a accès comme l'entourage de l'ensemble de la clientèle de Domrémy MCQ aux services spécifiques pour collatéraux.

4. UNE SYNTHÈSE DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES

En résumé, notre modèle d'organisation de services s'inspire largement de la littérature scientifique publiée dans le domaine. Il propose, tel qu'illustré à la page suivante :

- ✓ La mise en place de modalités de dépistage systématique de la double problématique auprès de la clientèle en santé mentale et en toxicomanie
- ✓ L'adoption d'un système d'orientations spécifiques de la clientèle vers des services de traitement distincts, selon la nature et la gravité des problèmes de santé mentale
- ✓ L'intégration de principes et modalités d'intervention spécifiques aux traitements actuels offerts à la clientèle, permettant un suivi simultané des deux troubles, adapté au niveau d'engagement des personnes à entreprendre des changements.

MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES POUR LA DOUBLE PROBLÉMATIQUE TOXICOMANIE – TROUBLES MENTAUX



Intégration de principes et modalités spécifiques aux services de traitement actuel

- ✓ Ouverture à une approche de réduction des méfaits
- ✓ Modulation des interventions en fonction du niveau d'engagement à entreprendre des changements
- ✓ Intervention motivationnelle & intervention dans le milieu (outreach)
- ✓ Support à la famille ou l'entourage tout en favorisant leur implication dans le traitement

5. L'ACTUALISATION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES

5.1 La consultation des partenaires :

Au-delà de la validation, en cours de développement, du modèle d'organisation de services auprès d'un comité de travail conjoint CHCM – Domrémy MCQ, la première étape de l'actualisation de ce modèle consiste à le soumettre à l'ensemble des partenaires concernés. Pour ce faire, nous avons choisi d'acheminer le présent document aux animateurs des comités régionaux et territoriaux de suivi de l'implantation des orientations régionales en santé mentale et en toxicomanie pour qu'il puisse faire l'objet d'un processus élargi de validation, de bonification, et de planification de son actualisation, dans le cadre du suivi de l'orientation 9[1] en santé mentale et de l'orientation 1[2] en toxicomanie. Ce processus est déjà débuté. Nous demeurons disponible pour participer aux échanges et adapter le modèle en fonction des particularités territoriales de notre région.

5.2 La formation des partenaires :

L'intégration des principes et modalités d'interventions suggérées dans le présent modèle implique que l'ensemble des partenaires concernés par cette clientèle reçoivent une formation de base sur le phénomène des comorbidités toxicomanie – troubles mentaux, sur les mécanismes de dépistage à utiliser et sur les différentes orientations à privilégier. Déjà, une soixantaine d'intervenants rattachés aux équipes de suivi intensifs de notre région ont participé à une formation de deux jours au cours de l'année 2000 (voir syllabus à l'annexe 6). Aussi, plus de 75 intervenants de la région (partenaires intra et intersectoriels) ont participés au cours de l'année 2001 à une formation de deux jours sur le dépistage et l'intervention précoce auprès des clientèles adultes susceptibles de présenter un problème de consommation (voir syllabus à l'annexe 7). Ce dernier programme de formation sera complété d'ici février 2002 avec la tenue de trois formations adaptés à des clientèles spécifiques (les jeunes, les femmes et les personnes âgées). Finalement, Domrémy MCQ planifie actuellement pour janvier 2002 l'organisation d'une formation d'une journée, dans le cadre de sa journée des partenaires, sur le processus de stabilisation physique et mentale de la clientèle toxicomane en période d'intoxication ou de sevrage aigus. Cette formation serait dispensée par le Dr Jean-Marc Pépin de Domrémy MCQ et le Dr Jean-Yves Roy, psychiatre et directeur clinique de la nouvelle clinique Cormier-Lafontaine située à Montréal, spécialisée en comorbidité toxicomanie – troubles mentaux.

Bien que toutes ces formations ne portent pas spécifiquement sur la comorbidité, elles partagent des outils, des principes, des modalités et une philosophie d'intervention qui demeurent cohérentes les unes avec les autres et contribuent au déploiement d'une vision partagée du phénomène de la toxicomanie et des adaptations nécessaires pour répondre aux besoins particuliers de différentes clientèles. La présentation de ce modèle aux différents comités de suivi sera aussi l'occasion de faire le point sur les besoins de formation additionnels pour répondre adéquatement aux besoins spécifiques de cette clientèle.

---

[1] La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend s'assurer de l'existence d'un système intégré et efficace de prise en charge de la clientèle présentant des problématiques multiples
[2] Offrir une réponse adaptée aux besoins de la population

5.3 Au-delà des formations :

Un processus de suivi de l'intégration et de l'actualisation du présent modèle ou d'une version adaptée de celui-ci devra graduellement prendre place sur chacun des territoires pour s'assurer que nos services s'adaptent et se coordonnent autour de la double problématique toxicomanie troubles mentaux. Quant à nous, à Domrémy MCQ, nous avons amorcé depuis juillet 2000 le déploiement de services psychologiques spécifiques (modalités d'évaluation, d'orientation, de traitement, de supervision et de concertation) pour mieux adapter nos services spécialisés de réadaptation aux besoins de notre clientèle au prise avec une double problématique. Jusqu'à maintenant, quatre postes de psychologues ont été consacrés à cette tâche. Un cadre de référence des évaluations psychologiques appropriées à cette clientèle est actuellement en développement pour mieux définir la nature des besoins de cette clientèle et les contextes d'intervention appropriés.

Des activités de partages d'expertises dans le cadre d'échanges cliniques avec les équipes de suivi intensif dans la communauté ont été intensifiées pour favoriser leur intégration des principes d'intervention préconisés par le modèle. Nous comptons sous peu, une fois la consultation des partenaires terminée, cibler des partenaires avec lesquels nous pourrions mettre en place les groupes hebdomadaires de suivi pour la clientèle présentant des troubles sévères et persistants. Ce type d'activité est déjà en place sur le territoire du Trois-Rivières métropolitain depuis 1995. Finalement, nous souhaitons, en autant que faire se peut, nous rendre disponible auprès de nos partenaires concernés par la problématique pour supporter toute démarche pouvant contribuer au développement d'un système intégré et efficace de prise en charge de cette clientèle.

6. RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association (1996) DSM-IV – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson. Paris.

Bean-Bayog, M. (1988) Alcoholism as a cause of psychopathology. Hospital and community psychiatry, 39, 352-354.

Boislard, J. & Germain, M. (1998) L'utilisation de l'IGT dans la planification des services : L'expérience de Domémy-Montréal in L.Guyon, M.Landry, S.Brochu & J.Bergeron (Eds.) L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes : L'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT). Les Presses de l'Université Laval.

Boudreault, L. Duhamel, D. Maltais, K. & Marceau J.P. (1994) Les troubles de la personnalité dans le contexte de l'intervention en toxicomanie. In P.Brisson (Eds.) L'usage des drogues et la toxicomanie. Volume II. Montréal : Gaétan Morin. pp.437-457.

Brochu, S. & Mercier, C. (1992) Les doubles problématiques avec une composante de toxicomanie : état de la littérature. Psychotropes, 7, 7-20.

Carey, K.B. (1996) Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment : A collaborative, motivational, harm reduction approach. Community mental health journal, 32, 291-306.

Carey, K.B. & Correia, C.J. (1998) Severe mental illness and addictions : assessment considerations. Addictive Behaviors, 23 : 735-748.

Chamberland, A., Boivin, M.D. & Diguer, L. (1999) Les troubles de personnalité chez les toxicomanes : vers une concordance des mesures d'évaluation. Psychotropes, 5, 41-62.

Charbonneau, M., Gauthier, J.C. & Pominville, M.C. Marcil, F., Maltais, K., Duhamel, D. & Marceau, J.P. (1996) Toxicomanie et Troubles de personnalité. Pistes d'intervention. Centre de réadaptation Domrémy Montréal. Novembre.

Clark, R.E. (1996) Family support for persons with dual disorders. New Directions for Mental Health Services, 70 : 65-78.

Clopton, J.R., Weddige, R.L., Contreras, S.A., Fliszar, G.M. & Arredondo, R. (1993) Treatment outcome for substance misuse patients with personality disorder. The International Journal of the Addictions, 28 : 1147-1153.

Davidson, R. & Raistrick, D. (1986) The validity of the short alcohol dependence data (SADD) Questionnaire : A short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence. British Journal of Addiction, 81, 217-222.

DiSalver, S.C. (1987) The psychophysiologies of substance abuse and affective disorders : an integrative model? Journal of Clinical Psychopharmacology, 7 : 1-10.

Drake, R.E., Alterman, A.L., & Rosenberg, S.R. (1993) Detection of substance use disorders in severely mentally ill patients. Community Mental Health Journal, 29 : 175-192.

Drake, R.E. Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T. McHugo, G.J. & Bond, G.R. (1998) Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophrenia Bulletin, 24, 589-608.

Drake, R.E. & Noordsy, D.L. (1995) The role of inpatient care for patients with co-occurring severe mental disorder and substance use disorder. Community Mental Health Journal, 31 : 279-282.

Galanter, M. & Castaneda, R. (1988) Substance abuse among general psychiatric patients : Place of presentation, diagnosis, and treatment. American journal of drug and alcohol abuse, 14, 211-235.

Gossup, Michael, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall & Stang (1995) The severity of dependence scale (SDS) : psychometric properties of the SDS in english and australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction, 90, 607-614.

Greenfield, S.F., Weiss, R.D. & Tohen M. (1995) Substance abuse and the chronically mentally ill : A description of dual diagnosis treatment services in a psychiatric hospital. Community Mental Health Journal, 31 : 265-277.

Gunderson, J.G. & Phillips, K.A. (1995) Personality disorders In H.I. Kaplan & B.J. Sadock Eds. Comprehensive textbook of psychiatry/VI. pp 1425-1461. Williams & Wilkins, Baltimore.

Hood, C., Mangham, C., McGuire, D. & Leigh, G. (1996) Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substance. Bilbiographie annotée & Analyse détaillée de la littérature. Santé Canada, Ottawa.

LaPorte, D., McLellan, A.T., & O'Brien, C.P. (1981) Treatment response in psychiatrically impaired drug abusers. Journal of Comprehensive Psychiatry, 4 : 411-419.

Lehman, A.F. Myers, C.P. & Corty, E. (1989) Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. Hospital and Community psychiatry. 40, 1019-1025.

Lehman, A.F., Myers, C.P., Dixon, L.B. & Johnson, J.L.(1994) Defining subgroups of dual diagnosis patients for service planning. Hospital and community psychiatry, 45, 556-561.

Marlatt, G.A. & Tapert, S.F. (1993) Harm reduction : Reducing the risks of addictive behaviors. In J.S. Bear, G.A. Marlatt & R.J. McMahon (Eds.) Addictive behaviors across the lifespan : Prevention, treatment and policy issues. (pp.243-273) Newbury Park, CA : Sage.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O,Brien, C.P. (1983) Predictions response to alcohol and drug abuse treatment : Role of psychiatric severity. Archive of General Psychiatry, 40 : 620-625.

Mercier, C. (1999) Troubles mentaux graves et interventions en toxicomanie, un état de situation. Journée des partenaires Domrémy Mauricie Centre du Québec. Trois-Rivières.

Mercier, C. & Beaucage, B. (1997) Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

McHugo, G.J., Drake, R.E., Heather, L.B. & Ackerson, T.H. (1995) A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. The Journal of Nervous and Mental Disease, 183 : 762-767.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behavior. New York : Guilford.

Minkoff, K. (1994) Treating the dually diagnosed in psychiatric settings. In N.S. Miller (Eds.) Psychiatric and addictive disorders : A practical guide. Center city, MN : Hazelden.

Moreira, F. Malo, G. & Cousineau, D. (1991) Le double diagnostic : l'association de troubles psychiatriques et d'abus de psychotropes. Le médecin du Québec. Octobre. 59-67.

Morin, F., Gagné, C. & Vincent, M (2000) Le double diagnostic de la toxicomanie et des troubles psychiatriques. Présentation au Colloque Toxicomanie, santé mentale et réadaptation. Institut Philippe Pinel de Montréal en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier. Février.

Mueser, K.T. (2000) Revue des modèles de soins pour la clientèle avec double diagnostic - Le modèle intégré - Application du modèle intégré. Colloque Toxicomanie, santé mentale et réadaptation. L'Institut Philippe Pinel de Montréal en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier. Février.

Nace, E.P. (1990) Substance abuse and personality disorder. Journal of chemical dependency treatment, 3,183-198.

Nadeau, L., Landry, M. & Racine, S. (1999) Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. Canadian journal of psychiatry, 44, 592-596.

O'Malley, S.S., Kosten, T.R. & Renner, J.A. (1990) Dual diagnoses : Substance Abuse and Personality Disorders. New Directions for Mental Health Services. 47 : 115-137.

Osher, F.C. & Kofoed, L.L. (1989) Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. Hospital and community psychiatry, 40, 1025-1030.

Pépin, J.M. (1999) Les troubles transitoires les plus fréquents dans un contexte de comorbidité : toxicomanie / santé mentale. Journée des partenaires Domrémy Mauricie Centre du Québec. Trois-Rivières.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992) Stages of changes in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.) Progress in behavior modification (pp.184-218). Newbury Park, CA : Sage.

Provost, G. & Mercier, C. (1993) Comorbidité des troubles psychiatriques chez des alcooliques et des toxicomanes : Classification de la littérature spécialisée. Cahier technique du RISQ, Montréal.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1999) Les orientations régionales en santé mentale. Novembre.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1999) Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Rapport du comité d'experts. Mars.

Ries, R. (1993) The dually-diagnosed patient with psychotic symptoms. Journal of Addictive Disorders, 12 : 103-122.

Rocheleau, L. (2000) Analyse des épisodes d'hospitalisation liés à des problèmes de consommation et à des problèmes de santé mentale (Med-Écho 1993-1998). Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Avril

Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., Hall, W. (1993) Development of a short «Readiness to Change » questionnaire for use in brief opportunistic interventions. British Journal of Addiction, 87, 743-754.

Rosenberg, S.D., Drake, R.E., Wolford, G.L., Mueser, K.T., Oxman, T.E., Vidaver, R.M., Carrieri, K.E.& Luckoor, R. (1998) Dartmouth assessment of lifestyle instrument (DALI) : A substance use disorder screen for people with severe mental illness. American Journal of Psychiatry, 155, 232-238.

Schuckit, M.A. (1986) Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. American Journal of psychiatry. 143, 140-147.

Sciacca, K. (1991) An integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders. New Directions for Mental Health Services, 50 : 69-84.

Sciacca, K. & Hatfield, A.B. (1995) The family and the dually diagnosed patient. In A.F. Lehman & L.B. Dixon (Eds.) Double Jeopardy : Chronic Mental Illness and Substance Disorders. Gordon and Breach Publishers, Chapitre 12..

Selzer, M.L. (1971) The michigan alcoholism screening test : the quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry, 127, 1653-1658.

Singer, M.I., Kennedy, M.J. & Kola, L.A. (1998) A conceptual model for co-occurring mental and substance-related disorders. Alcoholism treatment Quarterly, 16, 75-89.

Skinner, H.A.(1982) The drug abuse screening test. Addictive Behaviors, 7, 363-371.

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N. et al. (1999) Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – alcool (DÉBA-Alcool). CRT-ALTO et Régie Régionale de Québec.

Trembaly, J., Rouillard, P., April, N. et al. (1999) Dépistage/Évaluaiton du besoin d'aide – drogues (DÉBA-Drogues). CRT-ALTO et Régie Régionale de Québec.

Warner, R., Taylor, D., Wright, J. (1994) Substance use among the mentally ill : Prevalence reasons for use, and effects on illness. American Journal of Orthopsychiatry, 64 : 30-39.

Woody, G.E. McLellan, T. & O'Brien, C.P. (1990) Research on psychopathology and addiction : treatment implications. Drug and Alcohol Dependence, 25, 121-123.

ANNEXE 1

UNE PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES CONSTATS DE LA LITTÉRATURE

Par Jean-Marc Ménard – Domrémy M.C.Q.

Une présentation détaillée des constats de la littérature

Depuis la fin des années '70, de plus en plus de chercheurs et cliniciens en Amérique du Nord s'intéressent au concept de la comorbidité toxicomanie – troubles mentaux. La documentation scientifique a largement fait état de la prévalence importante de ce type de problèmes, des différentes hypothèses associées à leur coexistence, de l'impact de cette coexistence sur le fonctionnement général et le pronostic de ces individus, ainsi que des problèmes et défis que représente cette clientèle pour les organisations offrant des services en santé mentale et/ou en toxicomanie. Nous souhaitons présenter ici les principaux constats auxquels arrivent les chercheurs et cliniciens afin d'orienter notre sélection d'un modèle d'organisation de services à offrir à ces personnes, dans le cadre d'un programme conjoint CHCM – Domrémy MCQ.

Le choix de la documentation consultée a largement été inspiré par la revue de littérature « Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : Recension des écrits et état de situation pour le Québec », produite par Mercier & Beaucage (1997) pour le Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec. Le cahier technique du RISQ « Comorbidité des troubles psychiatriques chez des alcooliques et des toxicomanes : Classification de la littérature spécialisée » produit par Provost & Mercier (1993), le document «Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances » produit par Hood, Mangham, McGuire & Leigh (1996) pour Santé Canada, de même que les mises à jour réalisées par Céline Mercier et Jean-Marc Pépin sur cette comorbidité, dans le cadre de la journée des partenaires du Centre de réadaptation Domrémy MCQ en mai 1999 ont aussi contribué à orienter notre tâche.

1. Une définition de la comorbidité toxicomanie – troubles mentaux.

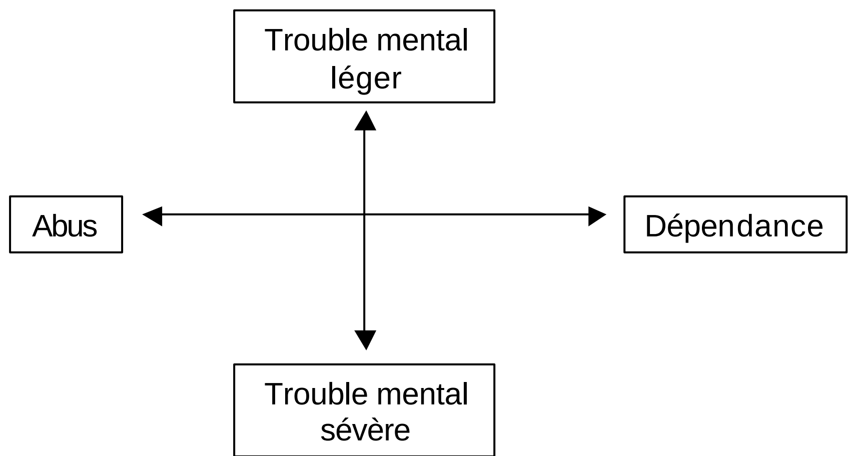
Le concept de comorbidité toxicomanie – trouble mental repose sur l'existence simultanée de deux troubles : un trouble relié à l'utilisation de substances psychoactives d'une part (problèmes de consommation)[3] et un trouble mental à l'axe I ou II du DSM-IV d'autre part. Chacun de ces désordres pouvant être situé sur un continuum allant du trouble léger et transitoire, au trouble sévère et persistant. Dans le cas des problèmes de consommation, le continuum s'étend de l'abus simple jusqu'à la dépendance multiple, alors que dans le cas du trouble mental, le continuum s'étend d'un trouble léger et transitoire tel qu'un trouble de l'adaptation jusqu'à un trouble sévère et persistant comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, etc. Le modèle conceptuel de Singer, Kennedy & Kola (1998) illustré à la figure 1 de la page suivante a l'avantage de mettre en relief l'hétérogénéité de cette clientèle, soulignée par plusieurs chercheurs dans le domaine.

2. La prévalence de la comorbidité toxicomanie – troubles mentaux

Plusieurs études rapportées par Mercier & Beaucage (1997) ont documenté la prévalence à vie et actuelle de ces troubles dans la population générale et dans les populations cliniques. Cette prévalence varie dans les études en fonction de la population étudiée, du type de trouble présenté, des variables démographiques et du milieu en cause (départements psychiatriques, salles d'urgence, centre de réadaptation, etc.). Cependant, la coexistence d'un problème de

[3] Pour alléger le texte, lorsque nous parlons de « problèmes de consommations », nous faisons référence aux troubles reliés à l'utilisation de substances tels que définis dans le DSM-IV

Figure 1 : Classification de la comorbidité toxicomanie – troubles mentaux selon Singer, Kennedy & Kola (1998)



consommation et d'un trouble mental quelconque est plus fréquente que le hasard ne pourrait le prédire. De façon générale, on observe un taux élevé de symptômes psychiatriques chez les personnes présentant un problème de consommation et l'inverse est aussi vrai pour les personnes aux prises avec un trouble mental.

2.1 Chez les personnes aux prises avec un problème de consommation :

Parmi la population générale, les études épidémiologiques américaines rapportent que 37% des personnes présentant un trouble lié à l'alcool et 53% de celles présentant un trouble lié aux drogues ont déjà présenté un trouble mental quelconque alors que la prévalence à vie des troubles mentaux est estimée à 22,5% aux Etats-Unis. Sans être exhaustif, on retrouve une variété de troubles mentaux chez les alcooliques tels que des troubles anxieux (19%), des troubles de l'humeur (13%), des troubles de la personnalité antisociale (14%), de la schizophrénie (4%), etc. Ce même constat s'applique à ceux qui présentent un trouble lié aux drogues : troubles anxieux (28%), de l'humeur (26%), de la personnalité antisociale (18%), de la schizophrénie (7%), etc. Lorsque l'on s'intéresse plus spécifiquement à la population toxicomane en traitement, la prévalence à vie des troubles mentaux a tendance à doubler (Regier et al., 1990 : voir Brochu & Mercier, 1992). Quant aux troubles de l'axe II, 60% à 70% des alcooliques et 70% à 90% des toxicomanes présenteraient des troubles de personnalité (Gunderson & Phillips, 1995). Nadeau, Landry & Racine (1999) rapportent quant à eux qu'entre 53% et 100% des toxicomanes présenteraient un ou plusieurs troubles de personnalité, selon les études. À cet effet, leur propre enquête réalisée dans les centres de réadaptation publics du Québec pour personnes alcooliques et toxicomanes révèle que 88% des sujets en traitement présentent des scores au MCMI de Millon atteignant un seuil clinique significatif, suggérant la présence proéminente de troubles de la personnalité. Cependant, ces indices de troubles de personnalité doivent être nuancés compte tenu de la tendance des différentes versions du MCMI à les surdiagnostiquer (voir Chamberland, Boivin & Diguer, 1999). Finalement, seulement 2% à 8% des usagers de ces centres présenteraient des troubles mentaux sévères et persistants selon les données recueillies par Mercier & Beaucage (1997). Cette clientèle spécifique se retrouverait davantage dans les services en santé mentale.

Dans le cadre d'une étude descriptive de sa clientèle adulte en traitement (étude réalisée par le RISQ à partir des données recueillies à l'évaluation IGT), Domrémy MCQ a pu constater que 65% des 293 participants à l'étude avaient déjà eu des idées suicidaires à un moment ou l'autre de leur vie et que 38% avaient déjà fait une tentative de suicide. 51% avaient déjà présenté des symptômes d'anxiété non reliés à leur consommation dans leur vie, 49% avaient déjà présenté des symptômes de dépression, 27% des difficultés de concentration, d'attention ou de mémorisation et 8% avaient déjà été aux prises avec des hallucinations. Pour cette même cohorte de sujets, 23% avaient déjà été hospitalisés une ou plusieurs fois dans leur vie pour un trouble mental, 36% avaient déjà été traités en clinique psychiatrique externe ou en pratique privée par un psychologue et 33% avaient déjà reçu une médication prescrite pour un problème de santé mentale.

Dans un même ordre d'idées, Domrémy MCQ a procédé en 1996-1997 à une analyse de la prévalence des doubles problématiques toxicomanie – santé mentale qui nécessitaient des services spécialisés tels que dispensés par le centre Dollard-Cormier à Montréal. Bien que des études de validation devront témoigner de la solidité des critères de dépistage de la comorbidité utilisés par ce centre, ils permettent de dépister selon Boislard & Germain (1998) les individus adultes présentant à la fois un problème de toxicomanie et soit des troubles de nature psychotique, des troubles de personnalité tels que définis à l'axe II du DSM et/ou une détresse psychologique importante se traduisant par des problèmes aigus d'anxiété et/ou de dépression. En appliquant ces critères à l'ensemble des adultes qui ont consulté à Domrémy MCQ en 1996 et 1997, nous avons pu constater que 27% d'entre eux présentaient une comorbidité. Aussi, plus de la moitié de ces personnes (52%) ont utilisé des services en milieu protégé au cours de leur démarche pour stabiliser des périodes de désorganisation et de rechute importante alors que c'est seulement 18% de l'ensemble de la clientèle adulte de Domrémy qui a habituellement recours à ce type de services.

2.2 Chez les personnes aux prises avec un trouble mental :

Parmi la population générale, on estime aux États-Unis que 29% des individus avec un problème de santé mentale ont déjà présenté un problème de consommation au cours de leur vie alors que cette prévalence est évaluée à 16% pour l'ensemble de la population. La prévalence à vie des problèmes de consommation est estimée à 24% chez les sujets présentant un trouble anxieux, à 32% chez ceux qui présentent un trouble de l'humeur, à 47% chez ceux qui présentent un diagnostic de schizophrénie ou de troubles schizophréniformes, à 61% chez les personnes présentant un trouble bipolaire et à 84% chez celles qui présentent un trouble de personnalité antisociale (Regier et al., 1990). Mercier & Beaucage (1997) estiment que la clientèle aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants est trois fois plus à risque de développer un trouble relié à l'alcool et six fois plus à risque pour les autres drogues que la population générale. Les taux de prévalence actuelle de problèmes de consommation seraient quant à eux plus élevés parmi la clientèle en centre hospitalier, en salles d'urgence, en centres de crises, en centres de détention ou dans des maisons d'hébergement pour itinérants (Galanter et al., 1988). Selon les études, entre 25% et 50% des personnes avec un diagnostic de schizophrénie, admises suite à une exacerbation aïgue de leurs symptômes, présentent une dépendance ou des comportements d'abus de substances (Drake, Alterman & Rosenberg, 1993; Sciacca, 1991; Warner, Taylor, Wright et al., 1994). Bien qu'il n'y ait pas eu d'étude systématique réalisée au Québec, Mercier

& Beaucage (1997) rapportent, selon les données informelles recueillies dans les différents milieux de traitement, qu'entre 33 et 50% de la clientèle psychiatrique présentant des troubles sévères et persistants aurait aussi eu un problème de consommation dans leur vie.

Dans notre région, la direction du programme de Santé mentale du CHCM a procédé en 1998 à l'évaluation de la clientèle hospitalisée au sein de ces différents programmes. Sans être spécifiques à l'évaluation d'une telle problématique, les résultats de l'évaluation « Grille de New-York » pour la clientèle de longue durée ont révélé qu'environ 10% de la clientèle avait une problématique de toxicomanie. Quant aux résultats obtenus à l'aide du questionnaire « Nabus » utilisé pour l'évaluation des alternatives à l'hospitalisation, ceux-ci démontrent que 27 % des personnes évaluées, lors de leur séjour en courte durée, faisaient usage de substances psychoactives.

Plus récemment, Rocheleau (2000) a procédé à une analyse des données Med-Echo sur les hospitalisations de courte durée associées à la présence d'un problème de consommation, d'un trouble mental ou d'une comorbidité toxicomanie – troubles mentaux pour l'ensemble du territoire Mauricie – Centre du Québec. Ces analyses ont porté sur les années 1993 à 1998. Ces analyses ont permis de constater qu'une comorbidité était présente dans 14% de l'ensemble de ces hospitalisations. Aussi, bien qu'on observe une stabilité de ce type d'hospitalisation à travers les cinq années d'analyse, on note une légère augmentation des hospitalisations pour les comorbidités où un trouble mental sévère et persistant est impliqué ou un trouble de personnalité. Quant aux hospitalisations associées à une comorbidité toxicomanie – trouble mental transitoire, on remarque une légère diminution (voir annexe 8).

3. L'interaction dynamique entre la toxicomanie et les troubles mentaux

Ces nombreuses études de prévalence, bien qu'elles témoignent de l'existence manifeste de la comorbidité toxicomanie – troubles mentaux, demeurent insuffisantes pour rendre compte de son développement. Quatre hypothèses principales sont rapportées dans la littérature pour expliquer pourquoi certaines personnes, une fois les affections médicales générales écartées (Pépin 1999), présentent une telle panoplie de symptômes (Brochu & Mercier 1992; Hood et al. 1996; Lehman, Myers & Corty, 1989; Moreira, Malo & Cousineau, 1991; Pépin, 1999;Sciacca, 1991) :

- Le problème de consommation est une conséquence du trouble mental primaire
- Les symptômes psychiatriques sont induits par un problème de consommation primaire
- Le problème de consommation et le trouble mental sont initialement indépendants
- Le problème de consommation et le trouble mental partagent une étiologie ou des facteurs de risque communs.

Chacune de ces hypothèses a été documentée dans la littérature. Elles sont considérées comme étant mutuellement exclusives et certains repères ont été suggérés pour sélectionner l'hypothèse la plus appropriée à chacun des individus. Cependant, plusieurs de ces repères ne peuvent être observés qu'à travers l'évolution de la personne en traitement.

3.1 <u>Le problème de consommation comme conséquence à un trouble mental primaire :</u>

Dans ce cas-ci, la personne souffre d'un trouble mental primaire. Les symptômes et séquelles de sa maladie et/ou de son traitement (effets secondaires de la médication par exemple) l'incitent à surconsommer des psychotropes, dans le but d'agir sur sa maladie non traitée ou mal soignée. C'est l'hypothèse de l'automédication. Elle peut s'appliquer dans une perspective générale ou spécifique. Au niveau général, la majorité des troubles mentaux entraîne de nombreux symptômes non spécifiques tels que de la dysphorie, une baisse d'estime personnelle, une difficulté à assumer son rôle social, une altération des habiletés sociales ou des capacités d'adaptation, etc. L'ensemble de ces symptômes ont été ciblés dans la littérature comme étant des facteurs de risque importants, associés au développement d'un problème de consommation (Donovan, 1988 : voir Lehman, Myers & Corty, 1989). Dans une perspective plus spécifique, certains troubles mentaux, de par les symptômes spécifiques qu'ils génèrent, prédisposent les individus à abuser de psychotropes spécifiques, dans le but de les soulager des effets négatifs immédiats reliés à leur maladie (Boyd et al., 1984, Khantzian, 1985, McLellan et al. 1985 : voir Lehman, Myers & Corty, 1989). On reconnaît les personnes présentant un problème de consommation en réaction à un trouble mental primaire en fonction des repères suivants :

- La présence d'un trouble mental à l'axe I apparu avant le problème de consommation.
- Ce trouble primaire, lorsqu'il est sévère, nécessite une médication continue dont l'arrêt entraîne habituellement une réapparition ou une aggravation des symptômes, sans qu'il ait eu de consommation.
- Bien que la consommation puisse exacerber ces symptômes psychiatriques, ces derniers persisteront au-delà du sevrage.
- Ces personnes, même en rémission de leur trouble sévère, manifestent souvent des symptômes négatifs résiduels tels qu'un isolement social marqué, des affects émoussés ou inappropriés, un manque évident d'initiative, d'intérêt ou d'énergie.
- On note fréquemment la présence de troubles mentaux parmi la famille d'origine ou élargie
- Le choix du psychotrope est souvent conforme à l'effet thérapeutique recherché.

La sélection de cette hypothèse entraîne souvent une orientation du traitement en santé mentale qui vise le soulagement des symptômes et des séquelles du trouble mental primaire. Si l'on traite adéquatement ce trouble, on enraye pour la personne la nécessité de recourir, de façon secondaire, à une forme quelconque de psychotropes non prescrits. Bien qu'elle soit logique, nous verrons plus loin les limites d'une telle orientation. Certains auteurs comme Ries (1993) ont d'ailleurs mis en doute, à la lumière de la littérature existante, la validité de cette hypothèse. Il conclut qu'elle sert de rationalisation aux thérapeutes ou clients pour justifier l'utilisation qu'il fait de la substance en question et éviter d'admettre que l'abus de cette substance est un problème commandant un traitement.

3.2 <u>Les symptômes psychiatriques induits par les problèmes de consommation :</u>

Dans ce cas-ci, la personne présente un problème de consommation primaire et les symptômes psychiatriques sont considérés comme étant induits par la consommation. Deux catégories existent ici : les symptômes psychiatriques reliés à l'intoxication ou au sevrage d'un produit consommé et les symptômes psychiatriques qui persistent au-delà du sevrage.

Pour les syndromes psychiatriques associés à l'intoxication ou au sevrage d'un psychotrope quelconque, il s'agit en fait d'une pseudo-comorbidité puisque sa gestion médicale, lorsqu'elle est nécessaire, élimine habituellement les symptômes psychiatriques. On peut penser ici à l'effet rebond de la cocaïne ou des autres stimulants qui entraîne souvent des symptômes dépressifs, à l'altération des fonctions cognitives et du processus de la pensée chez les consommateurs d'alcool ou encore aux symptômes psychotiques induits par le PCP, les amphétamines ou le LSD. On reconnaît ces personnes en fonction des repères suivants :

- La présence de symptômes psychiatriques caractéristiques de l'intoxication ou du sevrage à une substance donnée
- Ces symptômes sont habituellement en lien avec la quantité de substance consommée, pour certaines d'entre elles.
- La symptomatologie psychiatrique apparaît suite à l'intoxication ou 24 à 48 heures après l'arrêt de consommation et disparaît après quelques jours ou semaines d'abstinence.
- La personne peut posséder des caractéristiques atypiques du trouble mental habituellement associé à la symptomatologie présentée.

Quant à la deuxième catégorie, plus controversée, on a constaté que certains clients présentaient des désordres psychiatriques d'allures variées qui semblaient être la conséquence de l'usage prolongé de psychotropes et qui persistaient après l'arrêt de la consommation. Quelques études ont relié des états psychotiques persistants au-delà du sevrage, à une longue histoire de consommation de stimulants ou encore des troubles de l'humeur persistants suite à une histoire de consommation de dépresseurs du système nerveux central (DiSalver, 1987; McLellan et al. 1979; Ellinwood & Duarte-Escalante, 1972; Bell, 1973 : voir Lehman, Myers & Corty, 1989). Bean-Bayog (1986, 1988) a élaboré par exemple l'hypothèse voulant qu'au long cours, l'alcoolisme, à travers les conduites à risque et les nombreux dommages à la vie qu'il génère, à travers l'affaissement des fonctions du moi qu'il entraîne, agit sur l'ensemble du fonctionnement psychique de la personne à la manière d'un événement traumatique, susceptible de favoriser l'émergence de troubles mentaux. Mais la question de savoir si ces troubles mentaux sont attribuables à une vulnérabilité initiale que la consommation a permis d'activer, ou à une altération au niveau de la physiologie du cerveau directement attribuable à la consommation demeure ouverte. Les personnes concernées par cette deuxième hypothèse, une fois stabilisées, reçoivent habituellement des services de réadaptation dans les centres de traitement pour toxicomanes, dans le but de prévenir les rechutes face à leur problème de consommation.

3.3 Le problème de consommation et le trouble mental initialement indépendants.

Selon cette hypothèse, la personne présenterait au départ deux troubles distincts. L'un ou l'autre trouble demeurerait présent même si l'un des deux disparaissait. Mais le fait qu'ils soient présents de façon simultanée, ils s'imbriquent l'un dans l'autre et exacerbent la symptomatologie propre à chacun, rendant encore plus difficile le diagnostic et le traitement. Cette hypothèse ne doit être retenue que si les deux premières ont été écartées (Pépin, 1999). Pour ces clients, un traitement à long terme doit être envisagé pour les deux troubles.

3.4 Le problème de consommation et le trouble mental partageant une étiologie ou des facteurs de risque communs :

Cette quatrième hypothèse suggère que des facteurs sous-jacents communs peuvent prédisposer une personne à développer un trouble mental et/ou un problème de consommation. L'exemple le plus cité demeure l'hypothèse de facteurs génétiques communs pour les troubles de l'humeur et l'alcoolisme (Hesselbrock et al. 1983, Himmerlhoch et al. 1983, Mayfield, D. 1985 : voir Lehman, Myers & Corty, 1989). Certains auteurs ont aussi mentionné la possibilité d'une étiologie biologique commune. Par exemple, une altération de la fonction dopaminergique peut prédisposer une personne à développer une schizophrénie et une consommation abusive d'amphétamines pour rétablir un niveau approprié de dopamine (Cesarec & Nyman, 1985 : voir Lehman, Myers & Corty, 1989). DiSalver (1987) a proposé une hypothèse similaire au niveau des troubles de l'humeur et des activités cholinergiques. Finalement, des facteurs psychosociaux communs comme l'itinérance par exemple pourraient prédisposer une personne à développer un épisode dépressif majeur et une dépendance à l'alcool. Hood et ses collègues (1996) dans leur analyse détaillée de la littérature ont d'ailleurs mis en relief de nombreux facteurs de risques communs au niveau de la santé mentale et de la consommation de substances : Le stress couplé à une absence de capacité d'adaptation, le dysfonctionnement familial, les antécédents familiaux d'abus de substances, la violence familiale, les problèmes relationnels, certains traits de personnalité comme l'impulsivité, le soutien social minimal couplé au manque d'aptitudes sociales et l'influence des pairs. Si de tels facteurs de risque communs existent, une fois la personne stabilisée, le traitement devrait s'attaquer à ces facteurs en priorité dans le but de prévenir d'éventuelles rechutes.

Ces quatre hypothèses sont les plus discutées dans la littérature et n'éliminent pas la possibilité que d'autres existent. Elles ont la propriété d'offrir un sens spécifique aux différentes comorbidités toxicomanie – trouble mentaux et d'orienter les stratégies de prévention de rechutes vers des facteurs de risques spécifiques.

4. Les problèmes de dépistage, d'évaluation diagnostique, de traitement et les voies de solution :

Malgré les différentes voies de réflexion et d'intervention qu'offrent les hypothèses reliées à l'étiologie de la comorbidité toxicomanie – troubles mentaux, plusieurs chercheurs et cliniciens constatent que son dépistage, son évaluation et son traitement posent problèmes pour quatre grandes raisons étroitement liées entre elles: Une complexité inhérente au phénomène de la comorbidité, un plus grand risque d'erreurs au niveau du diagnostic et de l'orientation du traitement, un plus grand risque d'incohérences entre les traitements utilisés et une difficulté marquée à maintenir ces personnes en traitement. Des recommandations en lien avec ces problèmes ont été formulées dans le but d'améliorer notre approche auprès de ces personnes.

4.1 La complexité inhérente à la comorbidité :

La comorbidité toxicomanie – trouble mentaux est fortement associée dans la littérature à un tableau clinique plus lourd, plus complexe et plus hétérogène. Plusieurs études ont souligné un niveau de symptomatologie plus élevé et plus sévère chez ces personnes, un niveau de

fonctionnement global plus bas, une instabilité plus grande au niveau de l'hébergement, une augmentation des risques suicidaires et des comportements violents, un taux plus élevé de détention, d'itinérance et de propagation du VIH ou autres infections que chez les personnes qui ne présentent qu'un seul trouble. (Drake et al. 1989, Linszen et al. 1994, Osher et al. 1994, Chouljian et al. 1995, Swofford et al. 1996 : voir Drake et al. 1998, Nadeau et al. 1999). On note aussi que les problèmes de consommation des personnes aux prises avec une telle comorbidité ont tendance à persister à long terme (Morse et al. 1992; Chouljian et al. 1995, Kozaric-Kovacic et al. 1995, Okin et al. 1995 : voir Drake et al. 1998).

Ce plus grand dysfonctionnement a des répercussions directes sur l'organisation des services à offrir à ces individus. Dans bien des cas, ils présentent des besoins plus grands, plus variés, ainsi qu'un pronostic plus faible. Des études ont démontré que la sévérité des problèmes psychiatriques des clients toxicomanes qui se présentent en traitement pour un problème de consommation est l'un des meilleurs prédicteurs de l'efficacité de ce type de traitement. Les personnes présentant des troubles mentaux sévères obtiennent les moins bons résultats (LaPorte et al., 1981; McLellan et al 1983). De la même façon, la clientèle psychiatrique aux prises avec un problème de consommation a tendance, en comparaison à ceux qui ne présentent qu'un trouble mental sévère, à démontrer une plus faible compliance au traitement psychiatrique, un taux de rechute et d'hospitalisation plus élevé, une plus forte propension à ne pas se présenter à leur rendez-vous ou à signer des refus de traitement, de même qu'une implication minimale au niveau des programmes de traitement structurés. En dernier lieu, on constate que les coûts totaux rattachés au traitement de ces personnes sont plus élevés, et ce même s'ils abandonnent plus souvent le traitement, parce qu'ils utilisent beaucoup plus les services d'urgences et hospitaliers, plus dispendieux que les services ambulatoires (voir Carey, 1996; Drake et al. 1998; Gunderson & Phillips, 1995).

4.2 <u>Les risques d'erreurs au niveau du diagnostic et de l'orientation du traitement :</u>

Parce que la problématique est plus complexe, les risques d'erreurs sont plus élevés. Et qui dit erreur diagnostique, dit nécessairement erreur au niveau de l'orientation du traitement. Les erreurs diagnostiques les plus courantes sont de trois types: (1) on ne dépiste pas les symptômes de l'un des deux troubles, (2) tous les symptômes sont dépistés mais attribués à un seul trouble ou (3) les deux troubles sont diagnostiqués mais on détermine prématurément la primauté d'un des deux troubles sur l'autre.

Le non dépistage de l'un des deux troubles est souvent attribué au fait que le personnel clinique en santé mentale ou en toxicomanie ne possède pas une connaissance suffisante, ni les outils nécessaires pour détecter les symptômes propres à la comorbidité. Aussi, ce non dépistage est parfois attribué au fait que la surconsommation d'alcool et/ou de drogue se déroule dans un contexte d'inadaptation psychosociale associé au trouble mental. Dans un tel contexte, il est plus difficile de détecter les conséquences négatives habituellement associées à une consommation problématique. D'autre part, on constate que les intervenants en toxicomanie ont tendance à attribuer tous les symptômes manifestes de leur client au problème de consommation qu'ils présentent, et l'inverse est aussi vrai en santé mentale. Quant à la hiérarchisation prématurée des troubles (primaire versus secondaire), elle a souvent comme conséquence d'orienter le client de façon unique ou séquentielle vers un traitement qui ne répondra qu'à une partie de ses besoins, créant par le fait même les conditions propices à un impact mitigé du

traitement. C'est aussi en fonction de ce principe qu'on observe parfois des individus se faire référer à plusieurs reprises, d'un service à un autre, sous prétexte que le problème pour lequel ils se sont présentés en traitement est secondaire et ne peut être traité que si le trouble primaire est stabilisé.

4.2.1 Quelques solutions pour réduire ces risques :

Dans le but de pallier à ces risques d'erreurs, Lehman, Myers & Corty (1989) comme d'autres (Minkoff, 1994, Mercier, 1999; Mercier & Beaucage, 1997; Pépin, 1999) ont recommandé :

- Qu'on évalue de façon systématique la possibilité que les clients présentent des symptômes associés à un trouble mental ou un problème de consommation.
- Qu'on gère prioritairement la stabilisation de l'individu à travers le traitement des symptômes psychotiques aigus, des symptômes d'intoxication ou de sevrage.
- Qu'on évite de déterminer prématurément lequel des deux troubles est primaire
- Qu'on demeure attentif à tout symptôme persistant au-delà du sevrage.
- Qu'on oriente la personne, une fois stabilisée, vers le type de services le plus approprié à sa condition.

Ces recommandations impliquent nécessairement que l'ensemble des cliniciens concernés :

- Possèdent les connaissances et les outils nécessaires au dépistage adéquat des symptômes propres aux problèmes de consommation et aux troubles mentaux.
- Possèdent la connaissance des conditions requérant prioritairement une stabilisation.
- Aient accès à des services de stabilisation connus et adaptés aux individus présentant des symptômes psychotiques aigus, des symptômes d'intoxication ou de sevrage importants.
- Possèdent les habiletés pour procéder au monitoring de l'évolution des symptômes en cours de stabilisation ou après, dans le but de participer au processus diagnostique de la comorbidité.
- Connaissent l'orientation du traitement à privilégier en fonction du type de comorbidité diagnostiqué.

4.3 Les risques d'incohérence entre les traitements :

Même si les personnes sont bien dépistées et adéquatement orientées, elles ont souvent, de par la diversité de leurs besoins, à faire appel à plusieurs organisations. Cette multiplication des intervenants autour d'eux les rend beaucoup plus à risque de recevoir des messages contradictoires et leur équilibre psychique précaire affecte de façon importante leur capacité à concilier ces contradictions. Historiquement, les services en santé mental et en toxicomanie ont développé de façon indépendante leur approche spécialisée et distincte face aux besoins de leur clientèle, sans tenir compte des phénomènes de comorbidité. À titre indicatif, l'approche préconisée en santé mentale est souvent plus supportante, non confrontante, dans le but d'aider les personnes à maintenir en place leur structure d'adaptation fragile. La non confrontation est parfois si omniprésente que l'abus de psychotropes n'est jamais abordé. De la même façon, les programmes traditionnels d'intervention en toxicomanie favorisent plus une approche confrontante et souvent intensive qui visent à débusquer le déni et les comportements inadaptés. Une telle approche est souvent contre-indiquée pour les personnes présentant des troubles

mentaux sévères (Sciacca, 1991; Minkoff, 1994; Sciacca & Hatfield, 1995). C'est une des raisons pour lesquelles de plus en plus d'auteurs préconisent qu'un travail d'intégration soit réalisé au niveau des principes de traitement propres aux deux approches, dans le but d'en arriver à un modèle d'intervention cohérent, adapté aux personnes présentant une comorbidité toxicomanie – troubles mentaux.

4.3.1 Les orientations à privilégier en fonction du type de comorbidité :

Bien qu'il n'existe pas à notre connaissance de modèle intégrateur des orientations de traitement à privilégier pour l'ensemble des comorbidités toxicomanie – troubles mentaux, un certain nombre de consensus se dégage dans la littérature, selon le type de comorbidité concerné. En voici les principaux :

- Les deux troubles doivent être abordés simultanément plutôt que séquentiellement, à travers les phases de stabilisation et de réadaptation. Le traitement d'une condition ne devrait pas être pré-requis au traitement de l'autre condition, bien que la stabilisation doive précéder la réadaptation (Carey & Correia, 1998; Lehman, Myers & Corty, 1989; Mercier, 1999; Mercier & Beaucage, 1997).
- Que les services soient parallèles ou intégrés, une coordination doit être assurée par l'un des cliniciens impliqués (*intervenant pivot*) et cette responsabilité peut-être transférée une fois le diagnostic et l'orientation précisés, en utilisant les mécanismes appropriés de liaison, d'accompagnement et de relance systématiques.
- Plus les problèmes de santé mentale sont importants chez les personnes qui présentent un problème de consommation, plus nous devons privilégier des services intégrés plutôt que parallèles. À cet effet, trois grandes orientations semblent se dégager:

    1. **Les personnes qui présentent un problème de consommation et un trouble mental sévère et persistant devraient bénéficier de traitements intégrés auprès des services en santé mentale.** On entend par traitements intégrés une offre de «…traitements pour la santé mentale et pour la toxicomanie, par le même intervenant ou la même équipe d'intervenants, dans le même programme, de telle sorte que la personne, plutôt que d'être exposée à des messages contradictoires de différents intervenants, reçoive la même explication de ses problèmes et que les traitements prescrits soient cohérents. Le traitement intégré vise à réduire les conflits entre les intervenants, à éviter que le client ait à participer à deux programmes et entende des messages conflictuels, à éliminer les barrières à l'accessibilité et à encourager le maintien en traitement » (traduit de Drake et al. 1998 par Mercier, 1999).
    2. **Les personnes qui présentent un problème de consommation et un trouble de personnalité à l'axe II du DSM-IV, une fois leurs symptômes aigus stabilisés (état psychotique transitoire, crise suicidaire ou homicidaire), devraient recevoir des services intégrés pour leur comorbidité auprès des services en toxicomanie**. Deux motifs justifient cette orientation : (1) il serait inapproprié de maintenir ces personnes, une fois stabilisées, dans des services en santé mentale parce qu'ils risqueraient de favoriser le maintien de comportements régressifs chez ces individus. Il est donc souhaitable d'orienter ces personnes vers les services en toxicomanie (Sciacca, 1991). Et (2) parce que la première phase de traitement en toxicomanie est fortement centrée sur le contrôle des impulsions, le développement d'une plus grande tolérance aux affects et aux

frustrations, le développement de comportements alternatifs à la consommation qui favorisent un renforcement des fonctions d'adaptation, cette forme de traitement convient bien aux difficultés rencontrées par les personnes présentant un trouble de personnalité (Boudreault et al., 1994; Nace, 1990; Nadeau et al. 1999, O'Malley, Kosten & Renner, 1990) Cependant, ces personnes présentent des besoins qui dépassent bien souvent les services offerts habituellement en toxicomanie (Boudreault et al. 1994, Clopton et al. 1993; Nadeau et al. 1999). Des services spécifiques, s'adressant à la comorbidité toxicomanie - troubles de l'axe II, devraient être disponibles en toxicomanie.

3. **Quant aux personnes qui présentent un problème de consommation et un trouble mental moins sévère ou transitoire à l'axe I du DSM-IV** (troubles anxieux, troubles de l'humeur moins sévères, trouble de l'alimentation, trouble de l'attention et hyperactivité, trouble des conduites, etc.), **elles sont la plupart du temps en mesure d'utiliser des services parallèles en toxicomanie et en santé mentale ou auprès de leur médecin traitant**, pourvu qu'une concertation efficace soit assurée entre ces services. Et ce, peu importe si le trouble mental est apparu avant ou après le problème de consommation (Singer, Kennedy & Kola, 1998). Les services en santé mentale doivent porter une attention particulière aux choix des pharmacothérapies utilisées compte tenu des risques accrus de ces personnes de développer une dépendance à certains psychotropes. Quant aux services en toxicomanie, ils doivent différencier clairement l'abus de psychotropes du recours à la pharmacothérapie et demeurer attentif au respect intégral de la prescription par ces clients.

Ces trois grandes orientations favorisent un mariage cohérent entre les caractéristiques principales de certains groupes d'individus et certains principes d'intervention. Mais il demeure important de retenir le fait qu'au-delà des principes de traitements simultanés, bien coordonnés et parfois intégrés, il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement type pour la comorbidité toxicomanie – trouble mental. De plus, ces orientations ne rendent pas compte des zones grises fréquemment observées entre les troubles transitoires, les troubles de personnalité et les troubles sévères et persistants. Comment orienter une personne qui présente à la fois un problème de consommation, un trouble de personnalité sévère et un trouble transitoire qui nécessite un traitement pharmacologique? Devrait-elle bénéficier de services intégrés? Auprès de qui? Parce que les troubles de personnalité fournissent un terrain souvent fertile à l'émergence et à la persistance de troubles à l'axe I (Gunderson & Phillips, 1995), certaines personnes qui présentent de tels troubles manifestent une symptomatologie et un niveau de désorganisation chroniques qui commandent parfois l'implication au long court des services psychiatriques. Lorsque ces personnes sont aux prises avec un problème de consommation, on doit favoriser des services intégrés auprès des services en santé mentale. En ce sens, les orientations suggérées doivent être nuancées. L'intervention doit toujours être adaptée de façon concertée pour chaque individu, en fonction de la sévérité de ses problèmes, de son niveau d'inadaptation, de sa motivation à recevoir de l'aide pour chacun de ses problèmes, de la probabilité qu'il puisse adhérer au type de services offerts, etc.

4.4 L'abandon prématuré du traitement :

Malgré le large consensus à l'effet que l'on doit privilégier les traitements intégrés plutôt que séquentiels ou parallèles pour les personnes présentant un problème de consommation et un trouble mental sévère et persistant, leur impact demeure mitigé et modeste. L'ajout d'activités de

groupe centrées sur la double problématique au traitement psychiatrique conventionnel par exemple a été associé à une augmentation de l'abstinence et une diminution des hospitalisations chez ceux qui participaient aux rencontres de façon assidue. Malheureusement, toutes les études rapportées par Drake et ses collègues (1998) ont souligné un taux d'abandon très élevé de la clientèle. De la même façon, les traitements intégrés plus intensifs en cure fermée, en résidence ou en centre de jour éprouvent beaucoup de difficultés à maintenir les individus en traitement. Et parmi ceux qui ont réussi à terminer leur traitement d'une durée de trois à six mois selon les études, peu d'entre eux sont arrivés à maintenir les acquis réalisés au cours de celui-ci. Ces constats ont conduit plusieurs auteurs à suggérer de limiter les objectifs des traitements en milieu protégé à la stabilisation et/ou à la désintoxication, à l'évaluation diagnostique de la comorbidité, au développement d'un engagement chez le patient à poursuive sa démarche au niveau des services ambulatoires à long terme, compte tenu des impacts mitigés et des coûts importants rattachés à l'utilisation des services en milieu protégé. Mueser (2000) a aussi constaté que la très grande majorité des clients qui ont progressé dans leur engagement à entreprendre des changements durant leur séjour en milieu hospitalier, régresse à leur retour dans leur milieu de vie naturel à un niveau de pré-engagement qui commande à nouveau des interventions stratégiques centrées sur la persuasion. Le maintien des acquis réalisés en cours de traitement dépendrait beaucoup plus de ce qui se passe après le traitement que durant celui-ci (Drake & Nordsy, 1995; Greenfield et al., 1995).

Cette forte attrition des personnes en traitement a aussi été associée au fait qu'elles ne présentaient pas toutes la même intensité de problèmes, que plusieurs d'entre elles ne reconnaissaient pas avoir un problème de consommation, qu'elles n'étaient pas motivées à envisager l'abstinence ou ne présentaient pas le même désir de changement de leurs comportements de consommation (Kofoed & Keys, 1988, Osher & Kofoed, 1989; Test et al. 1989, Drake et al. 1990b, Lehman et al. 1993 : voir Drake et al. 1998). Pour favoriser le maintien de ces personnes en traitement, plusieurs auteurs ont intégré à leur approche :

- une perspective de réduction des méfaits à travers l'individualisation des objectifs visés.
- une modulation, à long terme, des interventions en fonction de l'étape de changement où se situe la personne
- des composantes critiques telles que l'intervention dans le milieu (outreach) et l'entrevue motivationelle.
- le support de la famille ou de l'entourage et leur implication dans le traitement

4.4.1 L'adoption d'une approche de réduction des méfaits à travers l'individualisation des objectifs visés:

La réduction des méfaits prend pour acquis que la consommation de psychotropes se situe sur un continuum allant de l'abstinence totale à la consommation problématique. Si une personne réduit la fréquence et/ou la quantité de ses consommations, la probabilité de vivre des conséquences négatives associées à cette consommation devrait aussi diminuer. Bien que l'abstinence puisse constituer un objectif idéal, surtout pour les personnes aux prises avec une comorbidité, tout mouvement vers la réduction de la consommation est encouragé et supporté. Cette perspective a l'avantage de permettre un travail avec ceux qui refusent l'abstinence, en adaptant les objectifs de changement pour chaque personne, plutôt que limiter l'intervention auprès de ceux qui acceptent et adhèrent à un objectif d'abstinence. Plus de personnes ont donc

ainsi accès à des services d'aide qui traitent les problèmes de consommation (Marlatt & Tapert, 1993). Il importe aussi de préciser que la réduction des méfaits ne rejette pas l'objectif de l'abstinence totale mais plutôt, accepte de travailler tout autre objectif, sur le chemin vers l'abstinence, s'il contribue à la réduction des conséquences négatives associées à la consommation.

4.4.2 Une modulation à long terme, des interventions en fonction de l'étape de changement où se situe la personne

Cette modulation repose sur l'idée que les interventions doivent être adaptées à l'étape de changement du client pour contribuer à sa progression vers l'actualisation de changements effectifs et le maintien de ces derniers. Prochaska & DiClemente (1982) ont conceptualisé un modèle transthéorique du processus de changement à cinq étapes, applicable à la modification de comportements variés : les étapes de la précontemplation, de la contemplation, de l'action, du maintien et de la rechute. À titre d'exemple, les stratégies d'intervention qui visent à développer chez une personne les habiletés à composer avec les pressions sociales et à refuser les offres de consommation peuvent être efficaces auprès de celles qui se situent à l'étape de l'action ou du maintien des changements réalisés, mais seraient très peu efficaces pour une personne en précontemplation, non consciente qu'elle puisse avoir un problème de consommation qui nécessite un changement. Pour qu'une personne s'engage de façon active dans des changements, la logique de ce modèle veut qu'elle doive préalablement augmenter son niveau de conscience face aux problèmes qu'elle éprouve et qu'elle doive surmonter son ambivalence au changement. Alors que le modèle de Prochaska & DiClemente est davantage centré sur le processus de changement propre au client, d'autres auteurs ont présenté dans une logique similaire différents modèles traduisant les étapes de traitement associées à l'actualisation des changements chez les personnes aux prises avec une comorbidité toxicomanie – trouble mental.

Osher & Kofoed (1989) ont suggéré un modèle en quatre étapes (engagement, persuasion, traitement actif et prévention de la rechute). À la phase d'engagement (1), l'ensemble du travail est centré sur le développement d'une alliance thérapeutique et d'un intérêt à transiger avec l'intervenant concerné. Une fois engagé, (2) le travail thérapeutique s'oriente vers la persuasion graduelle de l'individu que l'abus de psychotropes est un problème et qu'il a la capacité d'augmenter son niveau de satisfaction dans la vie en diminuant sa consommation. Lorsque la personne devient motivée à envisager l'abstinence, (3) le traitement s'oriente vers le développement d'un réseau de support et d'habiletés spécifiques qui pourront contribuer à la mise en place de l'abstinence. Et finalement, (4) une fois l'abstinence stabilisée, le traitement est centré sur le support au maintien des ressources et comportements nécessaires à la prévention de la rechute.

Sciacca (1991) a développé un modèle d'intervention similaire en neuf étapes, regroupées en trois phases principales, qui visent l'engagement graduel des personnes dans un processus de changement. Le but manifeste n'est pas de persuader les personnes d'adhérer à l'abstinence, mais de les aider à faire des choix mieux éclairés en regard de leur consommation de psychotropes. Le modèle de Sciacca vise à optimiser l'utilisation des processus d'influence entre pairs pour favoriser la progression des individus, en accordant une place importante à l'intervention de groupe.

La phase initiale de ce modèle est centrée sur le dépistage de la comorbidité, le contact avec le client, la présentation d'un programme d'activités de groupe (son contenu et ses apports potentiels pour la personne) et l'invitation de la personne à se joindre à ces activités pour discuter de la toxicomanie en général, dans un climat de confiance et de respect. La deuxième phase débute lorsque les participants commencent à parler de leur propre usage de psychotropes, des raisons pour lesquelles ils continuent de consommer et des aspects positifs et négatifs reliés à leur consommation. Les animateurs de groupe doivent à cette étape résister à la tentation de confronter, de faire la morale ou de surexploiter les dimensions négatives associées à la consommation. Ils doivent plutôt féliciter ceux qui prennent le risque de partager leurs expériences, tout en invitant les participants à réagir aux propos qu'ils entendent. La position des intervenants telle que décrite par Minkoff (1994) dans ce type de groupe ou face à tout client en phase d'engagement et aux prises avec une comorbidité devrait être la suivante :

> « On te recommande l'abstinence mais on respecte ton droit à faire tes propres choix. Tu peux consommer autant que tu le veux; la quantité que tu souhaites consommer dépend probablement des bénéfices et conséquences que tu en retire. On peut t'aider à clarifier ces conséquences et t'offrir de l'aide si tu en veux, mais on ne veut pas diriger ta vie. »

C'est lors de cette deuxième phase habituellement que les participants commencent à jouer avec l'idée qu'ils pourraient avoir un problème, qu'ils tentent ou expérimentent par eux-mêmes certains changements et qu'ils envisagent éventuellement demander de l'aide ou aller en traitement. Durant cette phase, une évaluation plus complète de leur consommation est réalisée. Une attention particulière est accordée à la reconnaissance de la consommation comme un problème et à comment chacun compte aborder ce problème. La dernière phase quant à elle s'oriente vers l'arrêt de la consommation. Un traitement actif centré sur l'abstinence se déploie à travers la mise en place d'un contrat de non-consommation, une participation aux mouvements d'entraide en toxicomanie, une participation à des activités centrées sur la prévention de la rechute, etc.

Finalement, Carey (1996) a développé un modèle en cinq étapes, soit : 1) le développement de l'alliance thérapeutique, 2) l'évaluation des coûts et bénéficies reliés à la consommation, 3) l'identification d'objectifs personnels de changement en regard de la consommation, 4) l'adaptation de l'environnement et du style de vie aux objectifs visés, et 5) l'anticipation ainsi que la gestion des crises et des rechutes. Ce modèle a l'avantage d'être centré sur les tâches thérapeutiques à accomplir à chacune des étapes et de guider de façon précise les intervenants dans leur travail.

On constate que tous ces modèles présentent plusieurs similitudes et mettent en évidence l'importance d'accorder beaucoup plus d'attention à l'étape de changement où se situent les individus et aux stratégies visant l'engagement et la persuasion de ces personnes à entreprendre des changements, aussi minimes soient-ils. McHugo et al. (1995) ont développé à cet effet, en s'inspirant du modèle de Osher & Kofoed (1989), une échelle d'évaluation à huit niveaux adaptée à la clientèle présentant une comorbidité toxicomanie – trouble mental qui permet de les situer face aux différentes étapes du traitement. L'évaluation plus nuancée de l'étape de traitement où est rendu l'individu, à partir de critères comportementaux relativement précis, permet aux intervenants d'offrir une intervention efficace adaptée, de développer des objectifs de

traitement plus réalistes et de procéder au monitoring de la progression des personnes en traitement.

4.4.3 Des composantes critiques : Des interventions dans le milieu (outreach) et l'entrevue motivationelle.

Parce que plusieurs des clients aux prises avec une comorbidité toxicomanie – trouble mental ne considèrent pas avoir de problème de consommation (précontemplation) ou de besoin d'aide, il est peu probable qu'ils actualisent d'eux-mêmes une demande d'aide en regard de leur consommation. On doit donc favoriser une approche plus proactive. Les clients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous devraient être relancés systématiquement. Nous devrions aussi aller à la rencontre des individus, là où ils se trouvent, plutôt que d'attendre ou d'exiger d'eux qu'ils viennent vers les institutions spécialisées qui offrent des services de réadaptation en toxicomanie. Des modalités d'interventions intensives dans le milieu sont à privilégier auprès de la clientèle présentant des troubles mentaux sévères et persistants.

Quant à l'approche de l'entrevue motivationelle, développée par Miller & Rollnick (1991), elle préconise chez l'intervenant l'adoption d'une attitude d'acceptation empathique à l'endroit de l'ambivalence du client face au changement, tout en évitant l'argumentation et la confrontation directe de ses résistances au changement. Elle vise plutôt à amplifier la discordance vécue par la personne entre d'un côté ses objectifs, ses désirs ou son plan de vie et de l'autre côté, sa perception de ses comportements actuels; en l'occurrence sa façon de consommer et les impacts de cette consommation. L'entrevue motivationelle fait appel à une série de techniques, résumées par Carey (1996) et Mueser (2000), favorisant la progression de la personne à travers les étapes menant au changement.

Parmi les stratégies utilisées, une fois qu'un minimum d'alliance a été développé avec la personne, on préconise l'introduction graduelle de discussions générales, à visée éducative, sur les différentes substances psychotropes et leurs effets à court et long terme. Une attention particulière devrait porter sur les effets positifs et négatifs de la consommation sur les symptômes cognitifs, émotifs et comportementaux que présente la clientèle. Carey (1996) souligne aussi que ces discussions générales ont plus d'impact si la personne introduit elle-même le sujet directement ou indirectement.

En parallèle à ces discussions, Carey (1996) suggère d'introduire des échanges sur les objectifs de vie de la personne pour stimuler sa motivation. Dans le but d'optimiser l'impact de ces échanges sur la motivation de la personne, l'intervenant doit profiter de ces discussions pour aider la personne à préciser ses objectifs, les nuancer, les rendre plus réalistes, atteignables à court terme de préférence et les opérationnaliser de telle sorte que la personne ait des indications claires quant à sa progression face à l'atteinte de ses objectifs. L'identification de ces objectifs fournit aussi l'opportunité d'échanger sur ce qui doit être modifié pour les atteindre. Ainsi, la consommation est parfois recadrée comme étant l'incarnation d'un obstacle à l'atteinte des objectifs de vie de la personne.

Ces premiers échanges contribuent à augmenter la conscience de la personne face aux impacts réels de sa consommation. Il est ensuite indiquer d'aborder graduellement la question des coûts et bénéfices rattachés à celle-ci. Pour ce faire, il est suggéré d'aborder la question en explorant

les motifs de consommation de la personne, les bénéfices qu'elle en retire. Ici, il est primordial que l'intervenant adopte une position d'ouverture à l'endroit des bénéfices que la consommation représente pour le client. Les motifs invoqués sont souvent reliés à la recherche de plaisir, à la délivrance face à des émotions négatives ou des obsessions variées, au sentiment de contrôle qu'elle procure à certain, ou encore à l'image qu'elle permet à la personne de projeter. Les différentes hypothèses associées à l'étiologie des comorbidités peuvent être utiles ici pour contribuer à l'exploration ou à la co-construction avec les clients, du sens de leur consommation. Les principes de l'analyse fonctionnelle, en clarifiant les événements qui ont précédé la consommation ou qui l'ont suivie, contribuent aussi à identifier leurs coûts et bénéfices. Il importe dans ce processus de reconnaître la légitimité du besoin ou de l'objectif visé par la personne à travers sa consommation, tout en l'aidant à différencier les bénéfices perçus des bénéfices réels de celle-ci.

Quant aux impacts négatifs de la consommation, il est toujours préférable qu'ils soient évalués par le client et non suggérés par l'intervenant. Carey (1996) mentionne que les clients ont tendance à résister à la reconnaissance des impacts négatifs de leur consommation lorsque les intervenants insistent sur ces derniers. Il est préférable d'inviter la personne à élaborer sur sa consommation, d'utiliser des questions ouvertes, de reformuler les propos du client et de témoigner de l'empathie à l'endroit des conséquences négatives de sa consommation pour favoriser l'émergence d'un tel dévoilement. Graduellement, avec le développement d'une relation de confiance où la personne n'aura plus l'impression qu'on tente de lui faire avaler de force les coûts associés à sa consommation, elle s'accommodera de la présence à sa conscience de ces conséquences négatives. Avec une augmentation de la reconnaissance des impacts négatifs de la consommation, la personne se dirigera naturellement vers l'expérimentation de certains changements, dans le but d'abaisser le niveau de dissonance qu'elle éprouve. Cette reconnaissance des impacts négatifs est donc un processus majeur, souvent long, qui connaît des périodes de progression et de régression, avec lequel les intervenants doivent apprendre à transiger pour le supporter, le favoriser, sans le court-circuiter ou tenter de l'outre passer.

Lorsque la personne envisage d'expérimenter certains changements au niveau de sa consommation, il est souvent aidant de mettre en lien son choix avec les objectifs de vie auxquels elle aspire, de revenir sur ses périodes antérieures d'abstinence ou de contrôle de ses consommations pour mettre en lumière ses forces et pour stimuler son sentiment d'efficacité personnelle. Il est important ici d'individualiser les objectifs de changement de la personne, dans une perspective de réduction des méfaits, tout en favorisant le développement d'un environnement et d'un style de vie compatible avec les objectifs de la personne.

4.4.4 Le support de la famille et de l'entourage et leur implication dans le traitement

Plusieurs ont souligné que les familles des personnes aux prises avec une comorbidité toxicomanie – trouble mental ont à faire face à des niveaux de stress et d'impuissance considérables (Clark, 1996; Mueser, 2000; Sciacca & Hatfield, 1995). Au même titre que le patient identifié, ces familles ne savent pas toujours où s'orienter pour obtenir des services appropriés et comment composer avec le déni de la personne face au problème de consommation qu'elle présente. Les familles ont des besoins spécifiques de support, d'information et de suivi pour les aider à transiger avec les différents aléas associés au fait de côtoyer de façon hebdomadaire ou quotidienne une personne présentant de telles difficultés. L'absence d'un tel

support entraîne souvent des ruptures relationnelles entre la personne aux prises avec une double problématique et son entourage, contribuant ainsi à l'accélération de sa détérioration. L'entourage de ces personnes, lorsqu'il est bien supporté, peut jouer un rôle très important pour limiter cette détérioration et stimuler l'implication de ces individus dans une démarche de stabilisation et de changement face au problème de consommation.

En conclusion, les efforts consentis au cours des quinze dernières années pour mieux comprendre le phénomène des comorbidités toxicomanie – troubles mentaux et les défis que pose l'intervention auprès de cette clientèle commence à porter fruits. Les voies de solutions suggérées nous apparaissent accessibles et réalistes. Elles mettent l'emphase sur une perspective d'intervention à long terme, centrée sur la réduction des méfaits associés à la consommation. Elles visent à moduler l'intervention autour d'un certain nombre d'étapes, adaptées au niveau d'engagement de la personne à entreprendre des changements, tout en favorisant l'implication de son réseau relationnel. Pour reprendre les propos de Drake et ses collègues (1998), les patients, leur famille et les cliniciens ont de plus en plus de raisons pour être optimistes face à la résolution à long terme des problèmes de consommation de la clientèle présentant des troubles mentaux. Cependant, des efforts accrus devront être déployés pour témoigner des impacts réels de ces pistes de solutions auprès des différents types de comorbidité toxicomanie – troubles mentaux.

ANNEXE 2

OUTILS DE DÉPISTAGE

AUS - Alcohol Use Scale
DUS – Drug Use Scale
SATS – Substance Abuse Treatment Scale
RCQ – Readiness to Change Questionnaire
DÉBA – alcool
DÉBA – drogue
DCP – Adolescents

CENTRE HOSPITALIER DU Centre-de-la-Mauricie

Alcohol Use Scale (AUS)

Drake, R.E., Mueser, K.T. & McHugo, G.J.
(Version française: Division psychosociale, Centre de Recherche de l'hopital Douglas

Numéro de dossier: __________

Date de l'évaluation __ / __ / ____ (mois / jour / année)

Sites du CHCM

O CIC - Drummondville	O Clin.externe
O CIC - Shawinigan	O sect. 2
O CIC - Trois-Rivières	
O CIC - Victoriaville	O sect.4
O Courte durée (8ième)	O médico-legal
O CTS	O Urgence

Intervenant: __________

Veuillez évaluer la consommation d'alcool de votre client au cours des 6 DERNIERS MOIS selon l'échelle suivante. Si la personne est institutionnalisée, évaluez-la pour la période antérieure à son admission. Veuillez tenir compte des informations obtenues de l'autodéclaration du client, d'entrevues, d'observations du comportement et des informations provenant de tiers (famille, centre de jour, milieu de vie, etc.) pour faire votre évaluation. NOIRCIR LE CERCLE APPROPRIÉ. EN CHOISIR SEULEMENT UN.

1 O **ABSTINENT** Le client n'a pas consommé d'alcool au cours de cette période

2 O **CONSOMMATION SANS EFFETS NUISIBLES**. Le client a consommé de l'alcool au cours de cette période, mais il n'y a pas de signes de problèmes persistants et récurrents d'ordre social, professionnel, psychologique ou physique liés à la consommation, ni de signes de consommation récurrente dangereuse.

3 O **ABUS.** Le client a consommé de l'alcool au cours de cette période et il y a des signes de problèmes persistants et récurrents d'ordre social, professionnel, psychologique ou physique liés à la consommation ou il y a des signes de consommation récurrente dangereuse. Par exemple, la consommation récurrente de drogues entraîne un comportement perturbateur et des problèmes de logement. Les problèmes ont persisté pendant au moins un mois.

4 O **DÉPENDANCE.** Satisfait aux critères de la dépendance modérée et présence d'au moins trois des éléments suivants: quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu, beaucoup de temps employés à se procurer ou à consommer de l'alcool, intoxication fréquente ou sevrage interfère avec d'autres activités, abandon d'activités importantes à cause de la consommation d'alcool, poursuite de la consommation en dépit de la connaissance des problèmes reliés à l'alcool, tolérance marquée, symptômes de sevrage caractéristiques, consommation d'alcool pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. Par exemple, l'usager a laissé tomber des cours de formation professionnelle et des activités sociales sans alcool à cause de ses cuites et de sa préoccupation par rapport à l'alcool.

5 O **DÉPENDANCE AVEC INSTITUTIONNALISATION**. Satisfait aux critères de la dépendance sévère. Deplus, les problèmes connexes sont si graves qu'ils rendent la vie non-institutionnelle difficile. Par exemple, la consommation constante d'alcool entraîne un comportement perturbateur et l'incapacité de payer son loyer, ce qui fait que le client est souvent signalé à la police et en quête d'hospitalisation.

Temps de dépistage:

O 0 mois	O 15 mois
O 3 mois	O 18 mois
O 6 mois	O 21 mois
O 9 mois	O 24 mois
O 12 mois	

jmmenard/domrémy-MCQ

Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie

Drug Use Scale (DUS)

Drake, R.E., Mueser, K.T. & McHugo, G.J. (Version française: Division psychosociale, Centre de Recherche de l'hopital Douglas

Sites du CHCM

- ○ CIC - Drummondville
- ○ CIC - Shawinigan
- ○ CIC - Trois-Rivières
- ○ CIC - Victoriaville
- ○ Courte durée (8ième)
- ○ CTS
- ○ Clin.externe
- ○ sect. 2
- ○ sect.4
- ○ médico-legal
- ○ Urgence

Numéro de dossier: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Date de l'évaluation [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]
mois / jour / année

Intervenant: [ ]

Veuillez évaluer la consommation de drogues de votre client au cours des 6 DERNIERS MOIS selon l'échelle suivante. Si la personne est institutionnalisée, évaluez-la pour la période antérieure à son admission. Veuillez tenir compte des informations obtenues de l'autodéclaration du client, d'entrevues, d'observations du comportement et des informations provenant de tiers (famille, centre de jour, milieu de vie, etc.) pour faire votre évaluation. NOIRCIR LE CERCLE APPROPRIÉ. EN CHOISIR SEULEMENT UN.

1 ○ **ABSTINENT** Le client n'a pas consommé de drogues au cours de cette période

2 ○ **CONSOMMATION SANS EFFETS NUISIBLES**. Le client a consommé de la drogue au cours de cette période, mais il n'y a pas de signes de problèmes persistants et récurrents d'ordre social, professionnel, psychologique ou physique liés à la consommation, ni de signes de consommation récurrente dangereuse.

3 ○ **ABUS.** Le client a consommé de la drogue au cours de cette période et il y a des signes de problèmes persistants et récurrents d'ordre social, professionnel, psychologique ou physique liés à la consommation ou il y a des signes de consommation récurrente dangereuse. Par exemple, la consommation récurrente de drogues entraîne un comportement perturbateur et des problèmes de logement. Les problèmes ont persisté pendant au moins un mois.

4 ○ **DÉPENDANCE.** Satisfait aux critères de la dépendance modérée et présence d'au moins trois des éléments suivants: quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu, beaucoup de temps employés à se procurer ou à consommer des drogues, intoxication fréquente ou sevrage interfère avec d'autres activités, abandon d'activités importantes à cause de la consommation de drogues, poursuite de la consommation en dépit de la connaissance des problèmes reliés aux drogues, tolérance marquée, symptômes de sevrage caractéristiques, consommation de drogues pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. Par exemple, l'usager a laissé tomber des cours de formation professionnelle et des activités sociales sans drogues à cause de ses cuites et de sa préoccupation par rapport aux drogues.

5 ○ **DÉPENDANCE AVEC INSTITUTIONNALISATION**. Satisfait aux critères de la dépendance sévère. Deplus, les problèmes connexes sont si graves qu'ils rendent la vie non-institutionnelle difficile. Par exemple, la consommation constante de drogues entraîne un comportement perturbateur et l'incapacité de payer son loyer, ce qui fait que le client est souvent signalé à la police et en quête d'hospitalisation.

Indiquez les drogues consommées au cours des 6 DERNIERS MOIS (Noircir les cercles concernés)

- ○ Cannabis
- ○ Cocaîne/crack
- ○ Hallucinogènes
- ○ Opiacés
- ○ Benzodiazépines
- ○ Barbituriques
- ○ Amphétamines et autres stimulants
- ○ Inhalants
- ○ Autre [ ]

Temps de dépistage:

- ○ 0 mois
- ○ 3 mois
- ○ 6 mois
- ○ 9 mois
- ○ 12 mois
- ○ 15 mois
- ○ 18 mois
- ○ 21 mois
- ○ 24 mois

jmmenard/domrémy-MCQ

CENTRE HOSPITALIER DU Centre-de-la-Mauricie

Substance Abuse Treatment Scale (SATS)

Drake, R.E., Mueser, K.T. & McHugo, G.J. (Version française: Division psychosociale, Centre de Recherche de l'hopital Douglas

Numéro de dossier:

Date de l'évaluation

__ __ / __ __ / __ __ __ __
mois jour année

Intervenant:

Sites du CHCM

- ○ CIC - Drummondville
- ○ CIC - Shawinigan
- ○ CIC - Trois-Rivières
- ○ CIC - Victoriaville
- ○ Courte durée (8ième)
- ○ CTS
- ○ Clin.externe
- ○ sect. 2
- ○ sect.4
- ○ médico-legal
- ○ Urgence

Cette échelle est conçue pour évaluer à quelle étape se trouve une personne dans sa démarche de traitement pour abus d'alcool et/ou de drogues, et non pas pour poser un diagnostic. L'évaluation porte sur les 6 DERNIERS MOIS. Si la personne est institutionnalisée, l'évaluation porte sur la période avant l'admission. NOIRCIR LE CERCLE APPROPRIÉ. EN CHOISIR UN SEULEMENT

Alcool	Drogues	
○	○	**Ne s'applique pas.** Le client n'a jamais eu de problèmes d'alcool ou de drogues
○	○	**Pré-engagement.** Le client n'a aucun contact avec un agent de suivi ou intervenant, en santé mentale ou en toxicomanie.
○	○	**Engagement.** Le client a eu des contacts avec un agent de suivi ou un intervenant, mais ne le rencontre pas régulièrement. Le manque de contacts réguliers laisse supposer un manque d'alliance thérapeutique.
○	○	**Début de la persuasion.** Le client a des contacts réguliers avec un agent de suivi ou un intervenant, mais il n'a pas diminué sa consommation d'alcool/de drogues pendant plus d'un mois. Des contacts réguliers laissent supposer une alliance thérapeutique et une relation qui permettent la discussion sur l'abus d'alcool/drogues.
○	○	**Persuasion avancée.** Le client est engagé dans une relation avec un agent de suivi ou un intervenant, discute de son abus d'alcool ou de drogues ou fait partie d'un groupe, et démontre une réduction dans la consommation d'une durée d'au moins un mois (moins de types de drogues, quantités réduites, ou les deux). Des contrôles externes (par ex.:Antabuse) peuvent être impliqués dans la réduction.
○	○	**Début du traitement actif.** Le client est en traitement, discute de l'usage de substance ou fait partie d'un groupe, a diminué sa consommation depuis au moins un mois et vise l'abstinence (ou une consommation contrôlée sans problèmes associés), même s'il continue peut-être d'abuser d'alcool/drogues.
○	○	**Traitement actif avancé.** Le client est en traitement, a reconnu qu'il avait un problème d'abus d'alcool/drogues et est parvenu à l'abstinence (ou à l'usage contrôlé sans problèmes associés) depuis au moins six mois.
○	○	**Prévention de la rechute.** Le client est en traitement, a reconnu qu'il avait un problème d'abus d'alcool/drogues, est parvenu à l'abstinence (ou à un usage contrôlé sans problèmes associés) depuis au moins six mois. Des manquements occasionnels sont permis s'ils n'évoluent pas au-delà de quelques jours.
○	○	**En rémission ou en rétablissement.** Le client n'a eu aucun problème relié à la consommation de substances depuis plus d'un an et ne suit plus aucun type de traitement pour alcoolisme/toxicomanies.

Temps de dépistage:

- ○ 0 mois
- ○ 3 mois
- ○ 6 mois
- ○ 9 mois
- ○ 12 mois
- ○ 15 mois
- ○ 18 mois
- ○ 21 mois
- ○ 24 mois

jmmenard/domrémy-MCQ

Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool (DÉBA-Alcool) *v1.6p*

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000. Rév. 09 fév. 2001

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE DU QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION
TOXICOMANIE / JEU EXCESSIF

Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.) | Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.) | Age | ○ Femme ○ Homme

Question #1
Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la bière, du vin, du "fort" ou d'autres boissons alcoolisées?

- ○ Jamais consommé
- ○ Moins d'une fois par mois i.e total de 11 fois ou moins/an

→ **Terminer ici**

- ○ 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois)
- ○ 1 ou 2 fois par semaine
- ○ 3 fois et plus par semaine

→ **Passer aux quest. 2 et 3**

Question #2 **Depuis un an, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool ...**

... combien de journées par semaine buvez-vous?		... les journées où vous buvez, combien de consommations prenez-vous habituellement?		Calculez le nombre de consommations lors d'une semaine typique
☐☐	X	☐☐	=	☐☐
		Voir charte au verso		

Question #3 (Épisodes de forte consommation)
Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu ...
FEMMES → ... 4 verres ou plus en une seule occasion?
HOMMES → ... 5 verres ou plus en une seule occasion? ☐☐

Si cons./sem. est de 10 et + pour les femmes et 15 et + pour les hommes OU Si nombre d'épisodes de forte cons. au cours de la dernière année est de 12 et +, passer aux quest. 4 à 19. Sinon, terminer ici.

Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)

Traduction par Tremblay J. (1999) du "Severity of Alcohol Dependence Data" (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)

"Je vais vous poser quelques questions reliées à la consommation d'alcool. **Pensez à vos habitudes de consommation d'alcool <u>DEPUIS UN AN</u> et répondez-moi sans réfléchir trop longtemps."** *Noircir la case appropriée.*

		Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
4. Avez-vous de la difficulté à chasser de votre esprit l'idée de boire?	4.	⓪	①	②	③
5. Est-ce que boire est plus important pour vous que de prendre votre prochain repas?	5.	⓪	①	②	③
6. Organisez votre journée en fonction du moment et du lieu où vous pouvez boire?	6.	⓪	①	②	③
7. Buvez-vous du matin au soir?	7.	⓪	①	②	③
8. Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson?	8.	⓪	①	②	③
9. Buvez-vous autant que vous voulez sans vous soucier de ce que vous ferez le lendemain?	9.	⓪	①	②	③
10. Continuez-vous à beaucoup boire, tout en sachant que l'alcool peut causer plusieurs problèmes?	10.	⓪	①	②	③
11. Pensez-vous qu'après avoir commencé à boire vous ne serez pas capable d'arrêter?	11.	⓪	①	②	③
12. Essayez-vous de contrôler votre consommation d'alcool en arrêtant complètement de boire durant plusieurs journées ou plusieurs semaines d'affilées ?	12.	⓪	①	②	③
13. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, avez-vous besoin de prendre un premier verre pour commencer la journée ?	13.	⓪	①	②	③
14. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, est-ce que vos mains tremblent à votre réveil?	14.	⓪	①	②	③
15. Au réveil, après avoir beaucoup bu, avez-vous des maux de coeur ou des vomissements?	15.	⓪	①	②	③
16. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, faites-vous des efforts pour éviter de rencontrer des gens?	16.	⓪	①	②	③
17. Après avoir beaucoup bu, voyez-vous des choses effrayantes en vous rendant compte, plus tard, qu'elles sont imaginaires?	17.	⓪	①	②	③
18. Vous arrive-t-il de boire et de constater, le lendemain, que vous avez oublié ce qui s'est passé la veille?	18.	⓪	①	②	③

19. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation d'alcool? ○ Oui ○ Non

QBDA Total 4 à 18 ☐☐
Interprétation au verso

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
mois / jour / année

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres majuscules s.v.p.)

DÉBA-Alcool *v1.6p* (verso)

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000. Rév. 09 fév. 2001

"FORT" (40%)			BIÈRE (5%)			VIN (12%)		
43 ml (≅ 1½ once)	=	1 cons.	1 petite (341 ml)	=	1 cons.	1 coupe (5oz/142 ml)	=	1 cons.
375 ml (≅ 13 onces)	=	9 cons.	1 grosse (625 ml)	=	2 cons.	1/2 litre	=	3,5 cons.
750 ml (≅ 26 onces)	=	18 cons.	1 King can (750 ml)	=	2 cons.	Bout. (750 ml)	=	5 cons.
1,141 (≅ 40 onces)	=	27 cons.	1 Boss (950 ml)	=	3 cons.	Bout. (1 litre)	=	7 cons.
			1 Max Bull (1.18 l)	=	3.5 cons.	**"VIN FORTIFIÉ (20%)"**		
60 ml de Listerine	=	1 cons.	1 pichet	=	4 à 6 cons.	1 petite coupe (85 ml)	=	1 cons.
30 ml d'Aqua Velva	=	1 cons.						

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X .05)

Interprétation des scores du QBDA

0-9	**Intervention première ligne**
10-17	**Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation**
18-45	**Intervention par centre spécialisé en toxicomanie**

J'autorise ____________________ à faire parvenir la présente évaluation à _______________ et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: _________ Signature usager _________________

Valide jusqu'au __________________

Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)

Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	*Une fois*	*2 ou 3 fois*	*4 à 10 fois*	*Tous les mois (12 à 51 fois)*	*Toutes les semaines (52 fois et +)*
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères? .... 20.	○	○	○	○	○	○
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? .... 21.	○	○	○	○	○	○
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille? .... 22.	○	○	○	○	○	○
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool? .... 23.	○	○	○	○	○	○
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? .... 24.	○	○	○	○	○	○
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool? .... 25.	○	○	○	○	○	○
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies? .... 26.	○	○	○	○	○	○
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool? .... 27.	○	○	○	○	○	○
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants? .... 28.	○	○	○	○	○	○

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer auprès de Joël Tremblay à un des deux centres de réadaptation en toxicomanie suivants: ALTO en Chaudières/Appalaches (418) 834-5512 ou au Centre de Réadaptation Ubald-Villeneuve de Québec (418) 525-4444, poste 3546 ou via email à joel.tremblay@qc.aira.com Tout centre intéressé à utiliser le DÉBA est invité à communiquer avec nous afin de s'assurer qu'il utilise la version la plus récente de l'instrument. En effet, l'année 2000-2001 en est une d'expérimentation afin d'ajuster le DÉBA aux besoins de ses utilisateurs.

Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Drogues (DÉBA-Drogues) *v1.6p*

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000. Rév. 09 fév. 2001

Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)	Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)	Age	O Femme O Homme

Dans la liste de produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un an.
- Questionner sur chacun des produits
- Liste des noms de produits les plus communs au verso

	Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.		
1. Médicaments sédatifs	O	O	O	O	O	Si prend méd. sédatifs à toutes les semaines, demander les 3 quest. suivantes	O Dépasse posologie O De plus d'un médecin O Non-prescrits

	Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.	Oral	Nasal "sniffé"	Fumé	Injecté
2. Cannabis	O	O	O	O	O				
3. PCP	O	O	O	O	O	O	O	O	O
4. Hallucinogènes	O	O	O	O	O				
5. Cocaïne	O	O	O	O	O	O	O	O	O
6. Autres stimulants	O	O	O	O	O				
7. Opiacés	O	O	O	O	O	O	O	O	O
8. Inhalants	O	O	O	O	O				
9. Fréquence cumulée des drogues 2 à 8 confondues	O	O	O	O	O				

Si a consommé plus d'une des drogues 2 à 8, demander la question 9

Si l'usager a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.

Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon, terminez ici.

Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD)

Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J. Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995)

Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.

O Méd. sédatifs O Cannabis O PCP O Hallucinogènes O Cocaïne O Autres stimulants O Opiacés O Inhalants

Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de ________, DEPUIS UN AN...

		Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
10. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de ___________?	10.	0	1	2	3
11. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de ___________ vous a rendu inquiet ou anxieux?	11.	0	1	2	3
12. Est-ce que votre consommation de ___________ vous a préoccupée?	12.	0	1	2	3
13. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de ______?	13.	0	1	2	3

14. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans ___________? ... 14. O Facile (0) O Assez difficile (1) O Très difficile (2) O Impossible (3)

15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues? O Oui O Non

ÉSD / Total = ☐☐

Interprétation au verso

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
mois jour année

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres moulées s.v.p.)

Initiales intervenant(e)

DÉBA-Drogues *v1.6p* (verso)

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000. Rév. 09 fév. 2001

1. Médicaments sédatifs

Anxiolytiques
Atarax
Ativan
Buspar
Equanil
Lectopam
Librium
Rivotril
Serax
Tranxene
Valium
Xanax

Hypnotiques
Dalmane
Doriden
Halcion
Imovane
Mandrax
Mogadon
Noctec
Noludar
Placidyl
Restoril

Barbituriques
Amytal
Butisol
Carbrital
Fiorinal
Nembutal
Phénobarbital
Séconal
Tuinal

2. Cannabis

Pot
Hasch
Huile de haschich
T.H.C.

3. PCP

Kétanine

4. Hallucinogènes

Acide
Champignons
Ecstasy (MMDA/MDA)
L.S.D.
Mescaline

5. Cocaïne

Cocaïne (inhalée + I.V.)
Crack (fumé)
Freebase (fumé)

6. Autres stimulants

Benzédrine
Crystal
Dexedrine
Fastin
Méthédrine
Pondéral
Préludine
Ritalin
Ténuate

7. Inhalants

Aérosol
Colle
Cloroforme
Décapant
Dissolvant
Essence
Éther
Pam
Peinture
"Poppers"
"Spray net"
Térébentine
Varathane
Vernis à ongles

8. Opiacés

Héroïne (smack)
Codéine
Darvon
Demerol
Dilaudid
Empracet (codéine)
Fiorinal (codéine)
222
Lomotil
Speedball (héroïne/cocaïne)
Morphine
MS Contin
Percocet
Talwin
Tylénol avec codéine

Sirops avec codéine ou hydrocodone
(Ces sirops sont en ventre libre mais derrière le comptoir)
Benylin codéine 3,3 mg D-E
Dimetane expectorant-C et DC
Novahistex C et DH
Triaminic DH
Tussaminic C et DH

Interprétation des scores de l'ÉSD

0-2 Intervention première ligne
3-5 Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation
6-15 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie

J'autorise ______________________ à faire parvenir la présente évaluation à ______________________ et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: __________ Signature usager ______________

Valide jusqu'au ______________

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)

Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères? ..... 16.	○	○	○	○	○	○
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? ..... 17.	○	○	○	○	○	○
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille? ..... 18.	○	○	○	○	○	○
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues? ..... 19.	○	○	○	○	○	○
20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ... 20.	○	○	○	○	○	○
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue? ..... 21.	○	○	○	○	○	○
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues? ..... 22.	○	○	○	○	○	○
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues? Si oui, spécifiez : ______________ 23.	○	○	○	○	○	○
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants? ..... 24.	○	○	○	○	○	○

Vous pouvez vous procurer le manuel d'utilisation du DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' auprès de Joël Tremblay: ALTO en Chaudières/Appalaches (418) 834-5512 ou au Centre de Réadaptation Ubald-Villeneuve de Québec (418) 525-4444, poste 3546 ou via email à joel.tremblay@qc.aira.com Tout centre intéressé à utiliser le DÉBA est invité à communiquer avec nous afin de s'assurer qu'il utilise la version la plus récente de l'instrument. En effet, l'année 2000-2001 en est une d'expérimentation afin d'ajuster le DÉBA aux besoins de ses utilisateurs.

QMC-AL

Les questions suivantes nous informent sur ce que vous pensez actuellement et comment vous vous sentez maintenant concernant votre consommation d'alcool. Prenez le temps de lire chacune des questions et décidez si vous êtes d'accord ou non avec celles-ci. Veuillez cocher dans la case qui représente votre choix pour chaque question.

Attention!!
Si la personne n'a pas consommé de drogues au cours des 30 derniers jours, ne pas poser les questions précédées d'un "P". Ces questions concernent le stade de pré-contemplation et ne sont plus appropriées lorsqu'une personne ne consomme plus depuis un certain temps.

Fortement en désaccord	=	-2
En désaccord	=	-1
Incertain	=	0
D'accord	=	+1
Fortement d'accord	=	+2

P 1. Je ne bois pas trop...

A 2. J'essaie de boire moins qu'avant...

C 3. J'aime boire, mais parfois je bois trop...

C 4. Parfois je pense que je devrais moins boire..

P 5. C'est une perte de temps de penser à ma consommation d'alcool..

A 6. Je viens tout juste de changer mes habitudes de consommation d'alcool...

A 7. N'importe qui peut dire qu'il veut changer ses habitudes de consommation d'alcool, mais je suis déjà en train de faire quelque chose pour le changer...

C 8. Je suis à l'étape où je devrais penser à moins boire...

C 9. Ma consommation d'alcool est parfois un problème..

P 10. Je n'ai pas besoin de penser à changer ma consommation d'alcool...

A 11. Je suis maintenant en train de changer mes habitudes de consommation d'alcool................................

P 12. Boire moins n'est pas nécessaire pour moi..

QMC-DR

À compléter seulement s'il y a des drogues consommées de façon significative (cf. quest. #14, IGT alcool/drogues)

Les questions suivantes nous informent sur ce que vous pensez actuellement et comment vous vous sentez maintenant concernant votre consommation de drogues. Prenez le temps de lire chacune des questions et décidez si vous êtes d'accord ou non avec celles-ci. Veuillez cocher dans la case qui représente votre choix pour chaque question.

Attention!!

Si la personne n'a pas consommé de drogues au cours des 30 derniers jours, ne pas poser les questions précédées d'un "P". Ces questions concernent le stade de pré-contemplation et ne sont plus appropriées lorsqu'une personne ne consomme plus depuis un certain temps.

Fortement en désaccord	=	-2
En désaccord	=	-1
Incertain	=	0
D'accord	=	+1
Fortement d'accord	=	+2

P 1. Je ne consomme pas trop de drogues...

A 2. J'essaie de consommer moins de drogues qu'avant...

C 3. J'aime consommer des drogues, mais parfois j'en consomme trop..

C 4. Parfois je pense que je devrais consommer moins de drogues..

P 5. C'est une perte de temps de penser à ma consommation de drogues..

A 6. Je viens tout juste de changer mes habitudes de consommation de drogues...

A 7. N'importe qui peut dire qu'il veut changer ses habitudes de consommation de drogues, mais je suis déjà en train de faire quelque chose pour les changer..

C 8. Je suis à l'étape où je devrais penser à consommer moins de drogues..

C 9. Ma consommation de drogues est parfois un problème...

P 10. Je n'ai pas besoin de penser à changer ma consommation de drogues...

A 11. Je suis maintenant en train de changer mes habitudes de consommation de drogues...........................

P 12. Consommer moins de drogues n'est pas nécessaire pour moi..

ANNEXE 3

Principes pharmacologiques généraux adaptés à la clientèle qui présente une comorbidité[4] :

- Dans les situations de dangerosité aiguë, l'utilisation des antipsychotiques et/ou sédatifs est nécessaire afin d'assurer la sécurité du patient.

- Lors de la période de sevrage, il est recommandé d'utiliser la même médication que celle suggérée pour les patients qui ne présentent qu'une dépendance, sans trouble mental (i.e. benzodiazépines à demi-vie longue pour la dépendance à l'alcool).

- Il est important d'instaurer et de maintenir une médication psychotrope chez les patients qui démontrent un trouble mental sévère même si le patient persiste dans sa consommation.

- Chez les patients consommateurs actifs, sans antécédent ou symptomatologie psychiatrique sévère, une médication psychotrope peut être maintenue si la suspicion d'un trouble mental primaire est assez sévère et qu'il s'agit d'une médication sans potentiel de dépendance.

- Il est important de traiter un trouble psychiatrique connu ou probable plutôt que des sentiments ou des malaises comme une insomnie

- Il est inutile d'établir une période d'abstinence fixe avant d'instaurer une médication; parfois, il peut être approprié de débuter une médication psychotrope pour un trouble non psychotique dans les derniers stades de désintoxication et parfois il vaut mieux attendre quelques semaines ou plus.

- Il est préférable de prescrire des doses fixes plutôt qu'une médication au besoin

- Il est préférable de traiter la dépendance sans médication (sauf pour un trouble mental sévère ou pour un sevrage qui nécessite une médication) afin de mettre l'accent sur les efforts du patients.

---

[4] Ces principes sont tirés textuellement de Morin, Gagné & Vincent (2000) et reprennent les recommandations de Minkoff (1998).

ANNEXE 4
Pistes d'intervention adaptées au niveau d'engagement de la clientèle
Par Michel Pellerin – Domrémy M.C.Q.

STADE DE CHANGEMENT	ÉTAPE DE TRAITEMENT	OBJECTIFS VISÉS	STRATÉGIES D'INTERVENTION
PRÉCONTEMPLATION ✓ Non reconnaissance d'un problème ✓ Absence d'intention de changement ✓ Présence de pressions exercées par le milieu	**Pré-engagement** ✓ Aucun contact avec un intervenant à quelque niveau que ce soit	**Pré-engagement** ✓ Établir un contact et une alliance thérapeutique avec le client ✓ Comprendre l'univers du client ✓ Développer un début d'engagement	**Pré-engagement** **1. Établir un climat de confiance** 2. Accepter sincèrement la personne 3. **Prendre son temps, ne pas chercher à aller trop vite ou devancer le client, se mettre à son diapason**. 4. Explorer de façon non menaçante, par des questions ouvertes ou de clarifications, les raisons pour lesquelles le client n'a aucun contact avec un intervenant. S'informer s'il en a déjà eu dans le passé, comment ça s'était passé, pour quelles raisons ce ou ces contacts se sont terminés, pourquoi ils n'ont pas repris, etc. 5. Permettre au client d'exprimer ses peurs, ses inquiétudes ouvertement. 6. **Éviter de confronter, de juger, de donner des conseils non demandés**, etc.
	Engagement ✓ Le client a eu des contacts non réguliers avec un intervenant (manque d'alliance thérapeutique)	**Engagement** ✓ Préserver le contact ✓ Augmenter l'alliance thérapeutique ✓ Répondre, dans la mesure du possible, à la demande du client ✓ Favoriser l'émergence des aspirations du client ✓ Favoriser l'éveil de sa conscience en regard de ses difficultés et de notre capacité à l'aider	**Engagement** 1. **Établir une relation de confiance** en s'adaptant à la situation du client, à son niveau de préoccupations. À partir d'une écoute active et empathique, refléter au client notre compréhension de son univers personnel, de ses qualités, de ses ressources, de ses aspirations, etc. 2. **Voir le déni ou l'ambivalence de notre client comme un processus normal**. Ne pas le confronter mais l'explorer. 3. Se centrer sur tout élément que la personne apporte elle-même ou accepte d'explorer en prévision d'une meilleure qualité de vie (difficultés financières, problèmes reliés au logement, difficultés relationnelles, etc.). Ce travail contribue à développer le lien thérapeutique. 4. Permettre au client de parler ouvertement de ses peurs, craintes, émotions ou interrogations. 5. **Fournir une aide supportante au client dans ses démarches aux différents niveaux qui le concernent** (logement, relations, bénévolat, travail, obtention et gestion de sa médication, etc.) 6. Explorer de façon non menaçante, par des questions ouvertes, les raisons pour lesquelles les contacts ne sont pas réguliers avec les intervenants. Lui demander de préciser sa perception à l'égard de l'irrégularité des rencontres, l'idée qu'il s'en fait. 7. Inviter son client à décrire sa perception des pressions de l'entourage, de leurs inquiétudes, de la perception qu'on les autres de sa consommation, afin de tracer un portrait complet des points de vue associés à sa façon de fonctionner. 8. **Adopter une attitude éducative plutôt que dissuasive en regard de la consommation de psychotropes**. À cette étape, il est préférable de

			parler de la consommation de façon générale, sans suggérer que votre client est directement concerné par celle-ci, afin d'établir un terrain non menaçant, propice aux échanges sur ce thème. Parler de la consommation incite la personne à y réfléchir et se positionner. Pour ce faire, vous pouvez parler des différents psychotropes, de leurs effets, de leurs fonctions, des conséquences possibles associées à leur consommation selon la quantité ou le mode d'administration, des interactions entre la médication et l'usage de ces psychotropes, des risques d'augmenter les symptômes psychiatriques ou les effets secondaires de la médication en période d'intoxication ou de sevrage, etc.
COMTEMPLATION ✓ Conscience mitigée du problème ✓ Ambivalence face à l'existence réelle du problème ✓ Absence d'action pour changer	**Début de la persuasion** ✓ Le client a des contacts réguliers avec un intervenant mais n'a pas diminué sa consommation sur plus d'un mois. ✓ Présence d'une alliance thérapeutique	**Début de la persuasion** ✓ Augmenter la conscience des conséquences reliées à sa consommation ✓ Susciter le désir de changement ✓ Développer un sentiment d'efficacité personnelle ✓ Amener la personne à assumer la responsabilité du changement	**Début de la persuasion** 1. **Accepter et respecter l'ambivalence de la personne** face à l'idée qu'elle puisse avoir un problème. 2. **Explorer et identifier les aspirations de la personne**, ses principaux objectifs de vie en évitant d'utiliser le terme « objectif ». Comment aimerait-elle que les choses soient différentes? Quelles sont ses fantaisies? Ou encore, d'une façon détournée, quelles sont les personnes qu'elle admire? Quelles sont ses activités préférées? Quelles sont ses ambitions? Faire attention de ne pas décourager les buts que vous jugez trop ambitieux en confrontant votre client sur leur nature irréaliste. Pour ces personnes il est souvent risqué d'avoir des aspirations, de peur d'être déçu. Mais il est quasi impossible de changer si nous n'avons pas d'aspirations qui puissent donner un sens aux changements à entreprendre. Il est possible de recadrer les buts irréalistes à travers des objectifs spécifiques plus facilement réalisables. Il est important de dire à la personne que notre but à nous, c'est de l'aider à atteindre les siens. 3. **Amener la personne à évaluer l'impact de sa consommation sur l'atteinte de ses aspirations**, de ses objectifs, de ses désirs. Il s'agit ici de permettre à la personne de développer graduellement de la discordance entre ses aspirations et sa façon de consommer des psychotropes. On évite d'expliquer au client en quoi sa consommation est un obstacle, mais plutôt on utilise la méthode socratique de questionnement qui oriente l'attention du client vers l'impact de sa consommation sur la réalisation de ses aspirations, afin qu'il tire lui-même ses propres conclusions. On évite ainsi de stimuler les résistances du client à reconnaître sa consommation comme un problème. 4. **Amener la personne à élaborer sur les motifs et les impacts de sa consommation** en aiguillant davantage les échanges à caractère éducatif sur les psychotropes, vers l'expression des expériences vécues par la personne. Pour ce faire, lors des discussions générales sur la consommation, on demeure attentif à l'expression spontanée d'expériences personnelles de consommation ou encore on interroge ouvertement la personne ou le

			groupe sur les effets qu'ils ont déjà ressentis en consommant, au plan comportemental, cognitif ou émotionnel. On accompagne la personne dans l'exploration des avantages et inconvénients associés à sa consommation, en se gardant de mettre l'accent sur les inconvénients présentés par le client. On demeure attentif à la possibilité qu'un échange sur ce thème suscite de la résistance et on évite de forcer la reconnaissance d'un problème. 5. Encourager la personne à parler ouvertement des bénéfices perçus tout en l'aidant à les différencier des bénéfices réels. 6. Porter une attention particulière à identifier les principaux besoins sous-jacents au désir de consommer, et reconnaître leur légitimité. 7. **Soutenir et encourager la personne dans ses tentatives d'améliorer sa qualité de vie** et dans ses efforts de diminuer les effets négatifs de sa consommation. Lui dire que le changement est possible 8. **Susciter l'espoir** en se centrant sur les solutions plutôt que les problèmes. 9. **Recadrer les échecs antérieurs en y soulignant les forces** qui s'y cachent (ex : la condition d'itinérant témoigne d'une capacité d'adaptation à la vie de rue).

PRÉPARATION ✓ L'ambivalence fait place à une intention de changement exprimée ✓ Les mesures d'action ne sont pas entreprises	**Persuasion avancée** ✓ Le client a des contacts réguliers avec un intervenant et discute de sa consommation ou participe à un groupe pour en parler ✓ Il a diminué sa consommation durant au moins un mois (en quantité et/ou en fréquence).	**Persuasion avancée** ✓ Amener la personne à opérationnaliser ses intentions de changement dans des actions ou projets concrets ✓ Susciter la confiance ou l'espoir de réussite face au changement désiré	**Persuasion avancée** 1. **Aider la personne à identifier de façon personnelle et opérationnelle le changement qu'elle souhaite actualiser,** en lien avec ses aspirations. L'abstinence peut constituer le but recherché, mais elle peut s'étaler sur un continuum allant d'une journée, à la vie entière. La perspective de la réduction des méfaits prend toute son importance ici. 2. **Cibler les moyens privilégier à utiliser pour actualiser le changement** (participation à un traitement spécifique, à des activités particulières; éviter certains endroits ou certaines personnes; identifier les ressources à utiliser et planifier les gestes à poser en situation de crise, etc).. 3. **Identifier les obstacles possibles à ses projets** et l'aider à trouver des solutions 4. Permettre l'expression des soucis et des peurs du client en rapport avec la réduction de l'usage de psychotropes 5. Explorer les changements qu'elle anticipe ou craint en modifiant sa consommation (au niveau de son humeur, de ses symptômes psychiatriques, de son style de vie ou de ses relations) 6. **Faire vivre un succès pour stimuler un sentiment de contrôle et d'efficacité personnelle** en regard des changements qu'elle envisage. Les attitudes d'empathie, d'encouragement, d'écoute active des intervenants s'avèrent toujours une source de renforcement lors des efforts de changement chez la clientèle. Il est utile de revenir sur les succès antérieurs pour favoriser chez la personne la confiance en ses moyens ou les ressources qu'elle avait utilisées. 7. S'assurer que la personne est effectivement prête à opérer des changements, que sa décision d'agir est bien prise. Il est préférable que les moments de passer à l'action soient choisis par la personne ainsi que les moyens qu'elle envisage utiliser.
ACTION ✓ Expérimentation concrète de moyens pour actualiser le changement ✓ Implication directe dans le traitement	**Début du traitement actif** ✓ Le client a des contacts réguliers avec un intervenant et discute de sa consommation ou participe à un groupe pour en parler ✓ Il a diminué sa consommation durant au moins un mois (en quantité et/ou en fréquence).	**Début du traitement actif** ✓ Fournir l'encadrement et le support requis aux actions entreprises ✓ Soutenir l'apprentissage et l'amélioration des habiletés sociales, des compétences personnelles ✓ Amener la personne vers une plus grande	**Début du traitement actif** 1. **Identifier et prioriser les objectifs visés**, en cherchant ensemble (client et intervenant) les moyens privilégiés pour les atteindre. Si la personne est à court de moyens, on peut lui en suggérer à cette étape-ci. 2. S'assurer que les buts poursuivis et les moyens identifiés sont accessibles 3. Définir les objectifs en terme de ce qui doit apparaître plutôt que de ce qui doit disparaître. 4. Commencer par des buts simples (prendre sa médication, demeurer abstinent) et les soutenir par une action planifiée, structurée (planifier l'horaire hebdomadaire, s'assurer de sa présence aux rencontres de traitement, etc.) Des traitements en milieu protégé peuvent être envisagés comme moyen à utiliser lorsque la personne poursuit un ou des objectifs qui requièrent l'utilisation d'un tel niveau d'encadrement. 5. **Supporter la motivation au changement** : Le simple fait de savoir que quelqu'un, dans le cadre du traitement, se souci de son cheminement et porte

	✓ Il travaille l'abstinence (ou la consommation modérée sans conséquence) comme but, bien qu'il puisse encore abuser de psychotropes.	satisfaction de ses besoins et une meilleure stabilité	une attention aux résultats de ses efforts constitue une source de support et de renforcement à l'abstinence ou à l'usage contrôlé de psychotropes. Favoriser des contacts entre la personne et d'autres sources possibles de support face aux changements entrepris (famille, médecin, amis, groupes communautaires, etc.) 6. **Être attentif à la compatibilité de l'environnement et du style de vie de la personne avec son objectif** d'abstinence ou de consommation contrôlée. Questionner les incohérences 7. Aider la personne à identifier les pairs qui nuisent à ses objectifs et **soutenir, par des moyens concrets ou par l'apprentissage d'habiletés sociales, la modification de son réseau social** . Ce réseau est souvent l'un des facteurs qui contribuent le plus au maintien des vieilles habitudes de consommation. 8. Aider la personne dans sa recherche d'activités sociales ressourçantes, d'activités de loisirs ou communautaires qui pourront remplir le vide laissé par l'arrêt de la consommation. 9. Faciliter la fréquentation des groupes d'entraide pour celui qui le désire en l'accompagnant lors des premières activités. 10. Aider la personne à reconnaître sa progression et souligner ses succès.
	Traitement actif avancé ✓ Le client est impliqué en traitement ✓ Il reconnaît avoir un problème d'abus d'alcool ou de drogues ✓ Il a acquis l'abstinence (ou un usage de psychotropes sans conséquence), depuis moins de six mois.	**Traitement actif avancé** ✓ Consolider l'abstinence ✓ Poursuivre le développement des habiletés personnelles et relationnelles	**Traitement actif avancé** Les stratégies d'intervention utilisées au début du traitement actif sont utilisées ici aussi. Les objectifs sont souvent plus nuancés. Les différents moyens prévus au début du traitement ont été mis à l'épreuve. et une progression a été observée. Il s'agit ici d'adapter les moyens déjà utilisés pour peaufiner les impacts des premières interventions
MAINTIEN ✓ L'identification des facteurs associés aux risques de rechutes ✓ La consolidation des apprentissages réalisés au cours des stades	**Prévention de la rechute** ✓ Le client est impliqué en traitement ✓ Il reconnaît avoir un problème d'abus	**Prévention de la rechute** ✓ Rendre la personne apte à prévenir ses rechutes ✓ Consolider son nouveau mode	**Prévention de la rechute** 1. **Identifier les événements, les situations, les pensées ou les émotions susceptibles de contribuer à l'apparition d'une rechute** (test LOCA-50 ou LOCD-50). Identifier les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux susceptibles d'amener pour cette personne une rechute. 2. **Adopter un style de vie qui tient compte de ces facteurs de vulnérabilité** 3. Planifier dans un premier temps des stratégies d'évitement face à ces situations

antérieurs	d'alcool ou de drogues ✓ Il est parvenu à maintenir l'abstinence (ou un usage de psychotropes sans conséquence) depuis au moins six mois. De petites rechutes, sans consommations problématiques de plusieurs jours, ont pu avoir eu lieu.	de fonctionnement et son sentiment d'efficacité personnelle. ✓ Maintenir actif le processus qui a amené le changement ✓ Aider la personne à intégrer à son identité, les changements réalisés.	4. Développer des habiletés pour composer avec ces situations, sans consommer. 5. Planifier une exposition graduelle à ces situations, en s'assurant que les nouvelles habiletés pourront être mises à contribution. <u>Si il y a rechute :</u> • **Dédramatiser** la chute et la recadrer comme une occasion d'apprentissage nuancée de ses facteurs de risque., • **Recadrer** la perception de sa chute en fonction de ses succès accumulés jusqu'à maintenant. « Une chute n'efface pas l'expérience acquise jusqu'à maintenant » « Tomber n'est pas un problème. Ça fait partie de l'apprentissage de la marche. Croire qu'on ne pourra plus jamais marcher parce qu'on a tombé est une perception erronée »
	En rémission ✓ Le client n'a pas eu de problèmes reliés à l'usage de psychotropes au cours de la dernière année et n'est plus dans aucune forme de traitement pour un problème de consommation.		

ANNEXE 5
Groupe de persuasion pour la clientèle aux prises avec un problème de consommation et un trouble mental sévère et persistant
GROUPE D'ÉCHANGES ET DE DISCUSSIONS SUR L'ALCOOL, LES DROGUES ET LES MÉDICAMENTS

Clientèle visée : Personnes présentant un diagnostic de trouble mental sévère et persistant et un problème d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives.

Objectif général: Susciter chez les participants, à partir des échanges autour de la consommation, un désir de changement en regard de leurs habitudes de consommation.

Objectifs spécifiques :

- Favoriser l'acquisition des connaissances de base sur la maladie mentale, la vulnérabilité aux stress qui l'accompagne, et les propriétés et symptômes associés à l'abus de substances.
- Connaître les liens entre l'usage de substances et les troubles mentaux
- Permettre aux participants de parler ouvertement des produits et de leur consommation
- Favoriser la diminution du déni de la consommation abusive ou problématique
- Développer et maintenir une motivation à modifier ou réduire leur consommation de psychotropes non prescrits
- Développer chez les participants la capacité de faire des choix éclairés en regard de la consommation
- Soutenir l'apprentissage et l'amélioration des habiletés sociales et personnelles inhérentes aux changements souhaités

Contenus thématiques:

1. Connaître et comprendre :
   Symptômes reliés au trouble mental et à l'utilisation de psychotropes
   Interactions entre le trouble mental et l'utilisation de psychotropes
   Importance de suivre la médication
   Rôle de la consommation des substances
2. Mes aspirations :
   Découvrir ou explorer les aspirations de vie de la personne
   Évaluer l'impact de sa consommation sur l'atteinte de ses aspirations
3. Résoudre mes problèmes
   Résolution de problèmes inhérents à la vie et à leur condition (logement, emploi du temps, activités, dysphorie, etc.)
4. Vivre avec les autres
   Conflits interpersonnels
   Rapports avec les autres (modes relationnels)
   Habiletés sociales (affirmation, communication, etc.)
   Vécu avec famille-proches-amis
5. Mes vulnérabilités
   Connaître mes vulnérabilités au stress

Connaître mes zones d'inconfort
Connaître mes fragilités en rapport avec la consommation (loca-50)
Évitement des situations à risque

6. Activités de substitutions
   Alternatives à la consommation
   Refaire ou modifier son réseau social
   Découvrir de nouveaux intérêts et développer de nouvelles activités
   Reconnaître ses forces.

Format :

- Groupe ouvert de 3 à 10 participants
- Possibilité d'accueillir de nouveaux participants à chaque semaine
- 6 thèmes principaux sur 5 à 8 semaines
- Possibilité de passer plus d'une rencontre sur un même thème
- de 45 à 60 minutes par rencontre
- Une rencontre hebdomadaire à journée, heure et lieu fixe.

Déroulement:

- Prise de contact avec les participants (5 minutes)
- Enseignement psycho-éducatif (15-20 minutes)
- Discussions, échanges (15-20 minutes)
- Exercice personnel, jeux de rôle (15-20 minutes)
- Une pause santé par rencontre
- Utilisation de stratégies d'entrevue motivationnelle et principes de réduction des méfaits

Règles de fonctionnement:

- Avoir un contact avec un intervenant primaire ou pivot
- S'inscrire au préalable auprès des co-intervenants
- On encourage l'accompagnement des clients par leur intervenant pivot lors des premières participations au groupe
- Ce groupe s'adresse prioritairement aux personnes à l'étape d'engagement, de début de persuasion, de persuasion avancée ou de début de traitement actif
- Confidentialité
- Ne doit pas être intoxiqué lors de la rencontre
- Se comporter de manière respectueuse et acceptable durant les rencontres
- État psychotique doit être stabilisé.

Animation :

- Animateurs à déterminer….

Lieu :

- À préciser……

ANNEXE 6

Syllabus de formation
Formation à l'évaluation et à l'intervention auprès des personnes présentant une comorbidité toxicomanie – troubles mentaux sévères et persistants



Formation à l'évaluation et à l'intervention auprès des personnes présentant une comorbidité toxicomanie – troubles mentaux sévères et persistants

Par
Jean-Marc Ménard, Michel Pellerin & Martin Dumont
Psychologues au centre de réadaptation Domrémy Mauricie – Centre du Québec

Syllabus de formation

Objectifs de la formation :

Fournir aux équipes de suivi intensif dans la communauté:

- ✓ une compréhension commune du phénomène de la comorbidité toxicomanie – troubles mentaux
- ✓ une connaissance nuancée des psychotropes et de leurs effets.
- ✓ des outils de dépistage des problèmes de consommation et du niveau d'engagement à entreprendre des changements, adaptés à la clientèle présentant des troubles mentaux sévères et persistants.
- ✓ des critères d'orientation de la clientèle en fonction de la nature et de la gravité des problèmes présentés
- ✓ des stratégies d'intervention modulées selon la gravité des problèmes présentés et le niveau d'engagement des personnes à entreprendre des changements.

Compétences attendues :

Au terme de cette formation, chaque intervenant devrait être en mesure :

- ✓ De faire référence à une compréhension nuancée du phénomène de la toxicomanie et de ses conséquences possibles sur la personne qui présente un trouble mental sévère et persistant.
- ✓ D'utiliser de façon adéquate dans sa pratique des outils de dépistage des problèmes de consommation et du niveau d'engagement de sa clientèle à entreprendre des changements
- ✓ De se prononcer sur la nature des problèmes de consommation et la motivation au changement de ses clients
- ✓ D'adapter ses plans de traitement et ses interventions en fonction de la gravité des problèmes de consommation de la personne et de son niveau d'engagement à entreprendre des changements en regard de sa consommation.
- ✓ D'utiliser les principes d'intervention issus de « l'entrevue motivationnelle ».
- ✓ De cibler des moyens spécifiques pour favoriser l'actualisation de changements et la prévention des rechutes.

Les stratégies pédagogiques :

Présentations magistrales – Études de cas - Simulation d'entrevue – jeux de rôles

Horaire de formation :

Les 17 et 18 octobre 2000 : de 8h30 à 16h30 au CHCM site Ste-Thérèse local R-25

Contenu détaillé :

PREMIÈRE JOURNÉE

1) **Présentation de la formation** (30 minutes) **:**
   - ✓ Accueil
   - ✓ But de la formation
   - ✓ Compétences attendues
   - ✓ Démarche pédagogique
   - ✓ Matériel pédagogique
   - ✓ Attentes des participants
   - ❑ Présentation d'usagers en jeu de rôle.

2) **Une compréhension commune du phénomène de la toxicomanie et de son traitement** (3 heures) **:**
   - ✓ Les concepts clés en toxicomanie
   - ✓ Les psychotropes : Mythes et réalités
   - ✓ Les risques de sevrage
   - ✓ La toxicomanie : de l'expérimentation à l'assuétude
   - ✓ Les méfaits associés à la toxicomanie
   - ✓ Les facteurs de risque et de protection face à la toxicomanie
   - ✓ Le processus de changement en toxicomanie

3) **Une compréhension commune de la comorbidité toxicomanie – troubles mentaux et des défis reliés à son traitement** (2 heures) **:**
   - ✓ Proposition d'une définition
   - ✓ La prévalence de la comorbidité toxicomanie – troubles mentaux
   - ✓ L'interaction dynamique entre la toxicomanie et les troubles mentaux
   - ✓ Les problèmes de dépistage, d'évaluation diagnostique et de traitement
   - ✓ Les recommandations pour mieux adapter les services aux besoins de la clientèle

4) **L'évaluation de la comorbidité (1 heure 30 minutes):**
   - ✓ Le dépistage systématique à l'inscription et en cours de suivi
   - ✓ Les conditions propices à l'évaluation des problèmes de consommation et du niveau d'engagement à entreprendre des changements
   - ✓ Le guide d'évaluation de la consommation
   - ✓ Les outils AUS, DUS et SATS
   - ✓ Les outils parallèles (DÉBA, SADS, DALI, RCQ)
   - ❑ Expérimentation des grilles et analyses de cas.

DEUXIÈME JOURNÉE

5) L'élaboration des plans d'intervention (3 heures):

- ✓ Analyse fonctionnelle des données recueillies et élaboration du PII
- ✓ L'orientation selon les besoins de stabilisation et/ou de réadaptation
- ✓ L'orientation selon la nature des troubles mentaux
- ✓ Les pistes d'intervention à privilégier selon le niveau d'engagement à entreprendre des changements
- ❑ Études de cas & élaboration de Plans d'interventions

6) L'actualisation de stratégies d'intervention (3 heures 45 minutes)**:**

- ✓ L'entrevue Motivationnelle de Miller & Rollnick
- ❑ Expérimentation en jeux de rôles des techniques à privilégier
- ✓ La sensibilisation et l'éducation
- ✓ L'utilisation du groupe de persuasion
- ✓ La prévention structurée de la rechute
- ✓ Les mécanismes de liaison, d'accompagnement et de relance systématique.
- ✓ L'intervention auprès de l'entourage.

7) Évaluation de la formation et des suites à prévoir (15 minutes) :

Références

Annis, H.M., Herie, M.A. & Watkin-Merek, L. (1996) Prévention structurée de la rechute. Modèle d'orientation en consultations externes. Addiction Research Foundation. Toronto.

Carey, K.B. & Correia, C.J. (1998) Severe mental illness and addictions : Assessment considerations. Addictive Behaviors, 23, 735-748.

Drake, R.E., Alterman, A.L. & Rosenberg, S.R. (1993) Detection of substance use disorders in severely mentally ill patients. Community Mental Health Journal, 29, 175-192.

Hawkins, J.A., Catalano, R.F., Miller, J.Y. (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin. 12, 64-105.

McHugo, G.J., Drake, R.E., Heather, L.B. & Ackerson, T.H. (1995) A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. The journal of Nervous and Mental Disease, 183 , 762-767.

Ménard, J.M. (2000) Présentation détaillée des constats de la littérature In J.M. Ménard, M. Pellerin & L.Gélinas : Proposition d'un modèle d'organisation des services pour les comorbidités toxicomanie – troubles mentaux sur le territoire du Centre-de-la-Mauricie.

Miller, W.R., Rollnick, S.(1991) Motivational interviewing : preparing people to change addictive behavior. New York : The Guilford Press.

Nadeau, L & Biron, C. (1998) Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie. Les presses de l'Université Laval.

Pellerin, M. (2000) Pistes d'intervention adaptées au niveau d'engagement de la clientèle. In J.M. Ménard, M. Pellerin & L.Gélinas : Proposition d'un modèle d'organisation des services pour les comorbidités toxicomanie – troubles mentaux sur le territoire du Centre-de-la-Mauricie.

Picher, E., Rouillard, P. & Guérin, D. (2000) La double problématique toxicomanie/santé mentale : Épidémiologie, évaluation et traitement. Les études du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve. Québec.

Prochaska, J.O. & DiClemente,C.C. (1986) Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.) : Treating addictive behaviors : process of change (pp.3-27). New York: Plenum Press.

Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., Hall, W. (1993) Development of a short « Readiness to Change » questionnaire for use in brief opportunistic interventions. British Journal of Addiction, 87, 743-754.

Rossignol, V. (1999) L'entrevue motivationnelle : Une approche novatrice en toxicomanie. L'intervenant, jan.99, pp.8-15.

Rouillard, P., Tremblay, J. & Boivin, M.D. (1999) Le niveau de désintoxication : évaluation par les intervenants médicaux (NiD.EM). CRUV/CHUQ; Québec.

Ryglewicz, H. & Pepper, b. (1996) Lives at risk. Understanding and treating youg people with dual disorders. The Free Press. New York.

Sanchez-Craig, M. (1994) C'est Assez! Comment arrêter de boire ou réduire votre consommation d'alcool. Guide d'initiative personnelle de la ARF. Addiction Research Foundation. Toronto.

Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneidermann, J., Naranjo, C.A. & Sellers, E.M. (1989) Assessment of alcohol withdrawal : the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction 84, 1353-1357.

Tremblay, J. , Rouillard, P. April, N. et al. (1999) Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – alcool (DÉBA-Alcool). CRT-ALTO et Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec.

Tremblay, J. , Rouillard, P. April, N. et al. (1999) Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – drogues (DÉBA-drogues). CRT-ALTO et Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec.

Wetterling, T. , Kanitz, R.D., Besters, B., Fischer, D., Zerfass, B., John, U., Spranger, H. & Drisessen, M. (1997) A new rating scale for the assesment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS Scale). Alcohol & Alcoholism, 32, 753-760.

ANNEXE 7

Syllabus de formation
Formation au dépistage et à l'intervention précoce auprès des adultes à risque de présenter et/ou présentant une consommation problématique de psychotropes



Formation au dépistage et à l'intervention précoce auprès des adultes à risque de présenter et/ou présentant une consommation problématique de psychotropes

Par
Martin Dumont & Jean-Marc Ménard
Domrémy Mauricie – Centre du Québec

Syllabus de formation

Objectifs de la formation :

Fournir à l'ensemble des partenaires concernés :

- ✓ Une connaissance commune du phénomène de la toxicomanie
- ✓ Des outils de dépistage adaptés aux différentes clientèles
- ✓ Des critères d'orientation de la clientèle en fonction de la nature et de la gravité des problèmes présentés
- ✓ Des stratégies d'intervention précoce modulées selon la gravité des problèmes présentés et le niveau d'engagement des personnes à entreprendre une démarche de changement.

Compétences attendues :

Au terme de cette formation, chaque intervenant devrait être en mesure :

- ✓ De faire référence à une connaissance nuancée du phénomène de la toxicomanie et de ses conséquences possibles sur la personne
- ✓ De cibler les clientèles les plus à risque de présenter un problème de consommation
- ✓ De distinguer les facteurs de risques, des facteurs de protection contre la toxicomanie
- ✓ D'utiliser de façon adéquate dans sa pratique, des outils adaptés de dépistage des problèmes de consommation de psychotropes et du niveau d'engagement de sa clientèle à entreprendre des changements
- ✓ D'adapter ses interventions en fonction de la gravité des problèmes de la personne et de son niveau d'engagement à entreprendre une démarche de changement
- ✓ D'utiliser les principes d'intervention issus du système « FRAMES » et de l'entrevue « motivationnelle ».
- ✓ De connaître les ressources et services accessibles sur son territoire en regard de la consommation problématique de psychotropes
- ✓ D'orienter les personnes vers les services, ressources ou modalités d'intervention appropriés

Les stratégies pédagogiques :

Présentations magistrales – Études de cas - Simulation d'entrevue – jeux de rôles

Horaire de formation :

Deux jours, de 8h30 à 17h00 avec une période de dîner d'une heure trente.

Contenu détaillé :

PREMIÈRE JOURNÉE

1) **Présentation de la formation & mise en train** (1 heure) **:**
   - ✓ Accueil
   - ✓ But de la formation
   - ✓ Démarche pédagogique
   - ✓ Compétences attendues
   - ✓ Matériel pédagogique
   - ✓ Attentes des participants
   - Mise en train : Sélection de clients & entrevues en jeux de rôles

Pause (30 minutes)

2) **Une connaissance commune du phénomène de la toxicomanie** (2 heures) **:**
   - ✓ Les concepts clés en toxicomanie
   - ✓ Les psychotropes : Mythes et réalités
   - ✓ Les risques de sevrage
   - ✓ La toxicomanie : de l'expérimentation à l'assuétude
   - ✓ Les méfaits associés à la toxicomanie
   - ✓ Les facteurs de risque et de protection face à la toxicomanie

Dîner (1 heure 30 minutes)

3) **Le processus de changement et l'intervention en toxicomanie** (3 heures)**:**
   - ✓ Le processus de changement
   - ✓ Historique : Du moralisme à la réduction des méfaits
   - ✓ Le continuum de services : De la promotion à l'intégration sociale

Pause (30 minutes)
   - ✓ Les programmes de gestion de la consommation (alcool & drogue)
   - ✓ L'intervention adaptée au niveau de motivation des usagers

DEUXIÈME JOURNÉE

4) **Le dépistage des clientèles à risque** (2 heures)**:**
   - ✓ Les clientèles à risque
   - ✓ Les conditions propices au dépistage
   - ✓ Les outils de dépistage de la consommation problématique de psychotropes (Déba alcool – drogues & autres)

- ✓ Le dépistage des risques de sevrage
- ✓ Les outils d'évaluation de la motivation au changement

(RCQ et l'algorithme de changement)

Pause(30 minutes)

- Expérimentation des grilles et analyses de cas (1 heure)

Dîner (1 heure 30 minutes)

5) L'intervention précoce et les arbres de décision pour l'orientation des usagers (2 heures)**:**

- ✓ Le système « FRAMES »
- ✓ L'entrevue « motivationnelle »
- Expérimentation en jeux de rôles des techniques à privilégier en intervention précoce et orientation

Pause(30 minutes)

- ✓ La sensibilisation, l'éducation et l'orientation.
- ✓ Les mécanismes de liaison, d'accompagnement et de relance systématique.

6) Les services et ressources disponibles sur le territoire (45 minutes)**:**

- ✓ Présentation des services et ressources disponibles par les acteurs concernés

7) Évaluation de la formation (15 minutes) :

Références

Annis, H.M., Herie, M.A. & Watkin-Merek, L. (1996) Prévention structurée de la rechute. Modèle d'orientation en consultations externes. Addiction Research Foundation. Toronto.

Blow, F.C., Brower, K.J., Schulenberg, J.E. et al. (1992) The Michigan alcoholism screening test – Geriatric Version (MAST-G): A new elderly specific instrument. Alcoholism Clinical and Experimental Research, 16: 372-377.

Carey, K.B. & Correia, C.J. (1998) Severe mental illness and addictions: Assessment considerations. Addictive Behaviors, 23, 735-748.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec en l'an 2000. Septembre 2000. Grouvernement du Québec. MSSS

Drake, R.E., Alterman, A.L. & Rosenberg, S.R. (1993) Detection of substance use disorders in severely mentally ill patients. Community Mental Health Journal, 29, 175-192.

Fédération Québécoise des Centres de Réadaptation pour Personnes Alcooliques Et autres Toxicomanes (1999) L'abus et la dépendance d'alcool et d'autres substances psychotropes chez les aînés. Cadre de référence – Guy Vermette. Montréal.

Hawkins, J.A., Catalano, R.F., Miller, J.Y. (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin. 12, 64-105.

Jacik, W.R., Tabisz, E. Badger, M. & Fuchs, D. (1991) Chemical dependency in the elderly : Identification phase. Canadian Journal of Aging, 10, 10-17.

Kitchens, J. M (1994) Does this patient have an alcohol problem ? Journal of the American medical association, 272, 1782-1787.
Lavoie, M. (1998) Dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool chez la femme : les questionnaires sont-ils aussi valables les uns que les autres? L'actualité médicale, oct. 1998, p.13.
McHugo, G.J., Drake, R.E., Heather, L.B. & Ackerson, T.H. (1995) A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. The journal of Nervous and Mental Disease, 183, 762-767.
Miller, W.R., Rollnick, S. (1991) Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press.
Nadeau, L & Biron, C. (1998) Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie. Les presses de l'Université Laval.
Pellerin, M. (2000) Pistes d'intervention adaptées au niveau d'engagement de la clientèle. In J.M. Ménard, M. Pellerin & L.Gélinas : Proposition d'un modèle d'organisation des services pour les comorbidités toxicomanie – troubles mentaux sur le territoire du Centre-de-la-Mauricie.
Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986) Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.): Treating addictive behaviors: process of change (pp.3-27). New York: Plenum Press.
Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., Hall, W. (1993) Development of a short « Readiness to Change » questionnaire for use in brief opportunistic interventions. British Journal of Addiction, 87, 743-754.
Rossignol, V. (1999) L'entrevue motivationnelle : Une approche novatrice en toxicomanie. L'intervenant, jan.99, pp.8-15.
Sanchez-Craig, M. (1994) C'est Assez! Comment arrêter de boire ou réduire votre consommation d'alcool. Guide d'initiative personnelle de la ARF. Addiction Research Foundation. Toronto.
Sokol, R.J., Martier, S.S., Ager, J.W. (1989) The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. American journal of obstetrician and gynecologist, 160(4), pp 863-870.
Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneidermann, J., Naranjo, C.A. & Sellers, E.M. (1989) Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction 84, 1353-1357.
Tremblay, J., Rouillard, P. April, N. et al. (1999) Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – alcool (DÉBA-Alcool). CRT-ALTO et Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec.
Tremblay, J., Rouillard, P. April, N. et al. (1999) Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – drogues (DÉBA-drogues). CRT-ALTO et Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec.
Tremblay, R. Wener, A. & Savard, M. (inconnu). Programme de formation à l'intervention de première ligne auprès des adultes que la consommation d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues met en situation à risque : Cahier de participation.
Wetterling, T., Kanitz, R.D., Besters, B., Fischer, D., Zerfass, B., John, U., Spranger, H. & Drisessen, M. (1997) A new rating scale for the assesment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS Scale). Alcohol & Alcoholism, 32, 753-760.

ANNEXE 8

Analyse des épisodes d'hospitalisation liés à des problèmes de consommation et à des problèmes de santé mentale

(Med-Écho 1993-1998)

par

LOUIS ROCHELEAU

Avril 2000

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
**DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC**